

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**A INFLUÊNCIA DA ESPERANÇA, SENTIDO DE VIDA, CRIATIVIDADE
E DEPRESSÃO NA ADAPTAÇÃO AO ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL**

Marisa Alexandrina Brito Moreira

Outubro 2011

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora *Leonor Lencastre* e coorientada pela Professora Doutora *Marina Prista Guerra* (F.P.C.E.U.P.).

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

À Professora Leonor Lencastre e à Professora Doutora Marina Prista Guerra pela disponibilidade e profissionalismo que demonstraram ao longo de todo o processo de orientação e coorientação desta dissertação.

À Dra. Filipa Vieira pela sua disponibilidade, apoio e interesse e pela forma como tornou possível a agilização da recolha de dados para esta investigação no Hospital da Prelada.

Ao Hospital da Prelada pela oportunidade que me deu de recolher a amostra para este estudo.

Aos doentes que aceitaram de bom grado participar no meu projeto de investigação e aos profissionais do Hospital da Prelada do serviço de Medicina Física que facilitaram o meu acesso a eles.

À minha família, em especial aos meus pais e avós, e ao Bruno, pela paciência, apoio, carinho, confiança, orgulho e amor. Agradeço a sua presença nesta fase tão importante da minha vida.

Aos amigos que me incentivaram e apoiaram. Peço desculpa pelas minhas ausências frequentes.

Aos professores de curso pelos seus ensinamentos ao longo de todo o curso.

A todos que, direta ou indiretamente, tornaram possível a sua realização.

RESUMO

Enquadrado no novo paradigma da Psicologia Positiva, o presente estudo visa compreender a influência das variáveis psicológicas positivas – Esperança, Sentido de Vida e Criatividade – na adaptação de pessoas vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), avaliada pela sua Autonomia Funcional e Satisfação com a Vida. E, tendo em conta que a Depressão surge como uma das complicações mais frequentes após a ocorrência desta doença, optou-se por incluir esta variável nesta investigação, de modo a analisar a sua influência no processo de adaptação e reabilitação dos doentes. Neste sentido, este estudo visa contribuir para a identificação variáveis influentes na adaptação ao AVC.

A investigação aqui apresentada foi realizada com 30 participantes de ambos os sexos e de diferentes faixas etárias, que se encontravam em tratamento médico num hospital da região norte do país, na sequência do AVC.

Os participantes deste estudo apresentam valores elevados na variável Esperança e, em relação à Depressão, encontram-se na sua maioria não deprimidos, sendo que 20% apresentam depressão moderada ou grave.

Os resultados encontrados mostram que relativamente à Autonomia Funcional os participantes possuem pouca dependência nas atividades da vida diária e um nível de Satisfação de Vida um pouco abaixo do nível médio encontrado noutras investigações. Verifica-se, ainda, que estas duas variáveis (Autonomia Funcional e Satisfação com a Vida) não se encontram correlacionadas entre si, o que poderá indicar que estas duas variáveis medem aspetos diferentes da adaptação à doença.

Encontraram-se diferenças significativas ao nível da Criatividade entre pessoas que apenas tiveram um AVC e pessoas que sofreram mais do que um, apresentando estas últimas menos Criatividade, e constatou-se que os participantes que se encontravam hospitalizados possuíam menos Criatividade do que os que já tinham recebido alta hospitalar. Constatou-se ainda que a Depressão se correlaciona negativamente com o Sentido de Vida ou seja, quanto maior for o Sentido de Vida menor será a gravidade do estado depressivo. Não se encontraram relações entre as outras variáveis psicológicas.

Concluiu-se também que a variável Esperança se correlaciona de forma significativa com a Satisfação com a Vida, não se encontrando outras relações entre as diferentes variáveis e a adaptação à doença, medida quer pela Satisfação com a Vida quer pela Autonomia Funcional. Das variáveis psicológicas positivas estudadas a Esperança aparece, assim, como a variável que mais poderá contribuir para a adaptação ao AVC.

ABSTRACT

Having as background the new Positive Psychology paradigm, this study tries to understand the influence of the positive psychological variables – Hope, meaning of life and creativity – in individuals who have suffered a cerebrovascular accident (CVA), by evaluating their Functional Autonomy and Satisfaction with life. And, knowing that Depression appears as one of the most frequently complications after the occurrence of this disease, it was decided to include depression as one of the variables in this research, in order to help us analyze her influence in the patient's recovery and rehabilitation. Therefore, the aim of this research is to identify the variables which influence the adaptation of a patient after suffering from a CVA.

This research was carried out with thirty participants, of both genders and different ages, who were being treated at the hospital, in the North of the country, after suffering a CVA.

Each participant who took part in this research showed high values when referring to the variable hope. Respecting depression, most of them weren't depressed, only 20% showed serious or moderate levels of depression.

The results obtained showed that regarding to Functional Autonomy all patients were almost independent in their daily life activities however, their life satisfaction level was a little below the medium of the results founding in others researches. It was also verified that these two variables (Functional Autonomy and Satisfaction with their life) were not related with each other which may indicate that the two instruments used measure different aspects of adjustment and adaptation to this disease.

Furthermore, it may be found some significant differences in creativity between individuals that suffered only one CVA and others who have suffered more than one. These last ones showed a lower level of creativity than the ones who had more than one CVA.

Depression is related negatively with the Meaning of life. The higher the Meaning of life the least Depression is present. It was not found any other relationship between all the others psychological variables.

Concluding, Hope, is the only one variable related to satisfaction with life that may contribute to a better adjustment to CVA.

RÉSUMÉ

Encadré dans le nouveau paradigme de la Psychologie Positive, la présente étude vise à comprendre l'influence des variables psychologiques positives – Espoir, Sens de la Vie et Créativité – dans l'adaptation de personnes victimes d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC), évaluée par leur Autonomie Fonctionnelle et Satisfaction avec la Vie. Et, en tenant compte que la Dépression surgit comme une des complications les plus fréquentes après l'occurrence de cette maladie, on a opté pour inclure cette variable dans cette investigation, de façon à analyser son influence dans le procédé d'adaptation et réhabilitation des malades. Dans ce sens, cette étude vise à contribuer à l'identification de variables influentes dans l'adaptation à l'AVC.

L'investigation ci-présente a été réalisée avec 30 participants des deux sexes et de différentes tranches d'âge, qui se trouvaient en traitement médical dans un hôpital de la région nord du pays, à la suite d'un Accident Vasculaire Cérébral.

Les participants dans cette étude présentent des valeurs élevées dans la variable Espoir et, en ce qui concerne la Dépression, ils se trouvent dans leur majorité non déprimés, et 20% présentent dépression modérée ou sévère.

Les résultats trouvés montrent que par rapport à l'Autonomie Fonctionnelle les participants possèdent peu de dépendance dans les activités de la vie quotidienne et un niveau de Satisfaction de la Vie un peu au dessous du niveau moyen trouvé dans d'autres investigations. On constate, encore, que ces deux variables (Autonomie Fonctionnelle et Satisfaction avec la Vie) ne se trouvent pas corrélées entre elles, ce qui pourra indiquer que ces deux variables mesurent des aspects différents de l'adaptation à la maladie.

On trouve des différences significatives au niveau de la Créativité entre des personnes qui ont eu un seul AVC et des personnes qui ont souffert plus qu'un, ces dernières présentant moins de Créativité et que les participants qui se trouvaient hospitalisés possédaient moins de Créativité que ceux qui avaient déjà abandonné l'hôpital. En plus, on a vérifié que les personnes qui ont eu plus qu'un AVC présentent des états plus graves de dépression.

On a vérifié que la Dépression établit une corrélation négative avec le Sens de la Vie, en d'autres termes, plus élevé est le Sens de la Vie inférieure sera la gravité de l'état dépressif. On n'a pas trouvé de rapports entre les autres variables psychologiques.

On a conclu aussi que la variable Espoir établit une corrélation significative avec la Satisfaction avec la Vie, ne se trouvant pas d'autres rapports entre les différentes variables et l'adaptation à la maladie, mesurée soit par la Satisfaction avec la Vie soit par

l'Autonomie Fonctionnelle. Des variables psychologiques positives étudiées, l'Espoir surgit ainsi comme la variable qui pourra contribuer le plus à l'adaptation à l'AVC.

ÍNDICE

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract.....	IV
Résumé	V
Índice	VII
Índice de Abreviatura	IX
Índice de Quadros	IX
Índice de Anexos	X
Introdução	1

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1.1. Acidente Vascular Cerebral (AVC)	4
1.1.1. Definição e classificação clínica do AVC	4
1.1.2. Epidemiologia	5
1.1.3. Causas do AVC	5
1.1.4. Consequências do AVC e tratamento	6
1.2. A influência das variáveis positivas – Esperança, Sentido de Vida e Criatividade – na adaptação à doença	7
1.2.1. O contributo da Psicologia Positiva	7
1.2.2. A Esperança no AVC	9
1.2.3. A Criatividade no AVC	11
1.2.4. O Sentido de Vida no AVC	12
1.3. A Depressão no AVC	14
1.4. A adaptação ao AVC	15

Capítulo II – Estudo Empírico

Pertinência do estudo	20
2.1. Variáveis, Objetivos e Hipóteses do Estudo	21
2.1.1. Variáveis Psicológicas e Clínicas	21
2.1.2. Objetivos	22
2.1.3. Hipóteses	22
2.2. Metodologia	23

2.2.1. Participantes	23
2.2.1.1. Caracterização sócio-demográfica da amostra	23
2.2.1.2. Caracterização clínica da amostra	24
2.2.2. Instrumentos	27
a) Questionário Sócio-Demográfico e Clínico	27
b) Índice de Barthel	27
c) Escala de Satisfação com a Vida	28
d) Escala sobre Esperança	29
e) Escala de autoactualização	30
Vida Criativa	30
Sentido de Vida	31
f) Inventário Depressivo de Beck – B.D.I	31
2.2.3. Procedimento	33
2.2.3.1. Procedimento de recolha de dados	33
2.2.3.2. Procedimentos estatísticos	33
2.3. Resultados	34
2.3.1. Caracterização das variáveis psicológicas	34
2.3.2. Análise de diferenças nas variáveis psicológicas tendo em conta algumas variáveis clínicas	36
2.3.3. Adaptação ao AVC avaliada pela Autonomia Funcional e Satisfação com a Vida e relação entre estas variáveis	37
2.3.4. Relação entre Esperança, Criatividade, Sentido de Vida e Depressão	38
2.3.5. Relação entre a Autonomia Funcional/Satisfação com a Vida e variáveis Psicológicas	40
2.4. Discussão dos resultados	41
Conclusão	47
Referências Bibliográficas	49
Anexos	56

Índice de Abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral
AIT – Acidente Isquêmico Transitório
OMS – Organização Mundial da Saúde
SWLS – Satisfaction With Life Scale
B.D.I – Inventário Depressivo de Beck

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra

Quadro 2 – Caracterização clínica dos 30 participantes

Quadro 3 – Mínimos Máximos, Médias (M) e Desvios Padrão das principais variáveis psicológicas do estudo

Quadro 4 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) da distribuição dos diferentes níveis de Depressão

Quadro 5 – Número de participantes por grupo (n), Médias (M), Desvios Padrão (DP), Diferença de médias e Valor t (GL=28) e sua significância para as diferenças nos níveis de Criatividade relativamente à variável “Ocorrência de outros AVC’s”

Quadro 6 – Número de participantes por grupo (n), Médias (M), Desvios Padrão (DP), Diferença de médias e Valor t (GL=24) e sua significância, para as diferenças nos níveis de Criatividade relativamente à variável “Hospitalização no momento de recolha de dados”

Quadro 7 – Mínimos, Máximos, Médias (M) e Desvios Padrão (DP) da Autonomia Funcional e da Satisfação com a Vida

Quadro 8 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) da distribuição dos níveis do Índice de Barthel encontrados na amostra

Quadro 9 – Valor do coeficiente de correlação de Pearson para as variáveis Autonomia Funcional e Satisfação com a Vida

Quadro 10 – Valores do coeficiente de correlação de Pearson entre as variáveis Esperança, Criatividade, Sentido de Vida e Depressão

Quadro 11 – Número de participantes por grupo (n), Médias (M), Desvios Padrão (DP), Intervalos de Confiança para a média (95%) e valor F (GL=26,2) para as diferenças entre níveis de Depressão na escala de Sentido de Vida

Quadro 12 – Valores do coeficiente de correlação de Pearson entre a variável Autonomia Funcional/Satisfação com a Vida e as variáveis psicológicas

Quadro 10 – Valores do coeficiente de correlação de Pearson entre a variável Autonomia Funcional/ Satisfação com a Vida e as variáveis psicológicas

Quadro 11 – Número de participantes por grupo (n), Médias (M), Desvios Padrão (DP), Diferença de médias e valores t e sua significância (GL=28) para as diferenças nos níveis de Criatividade relativamente à variável “Ocorrência de outros AVC’s”

Índice de Anexos

Anexo 1. Questionário sócio-demográfico e clínico

Anexo 2. Índice de Barthel

Anexo 3. Escala de Satisfação com a Vida

Anexo 4. Escala sobre Esperança

Anexo 5. Escala de autoactualização - Vida Criativa

Anexo 6. Escala de autoactualização – Sentido de Vida

Anexo 7. Inventário Depressivo de Beck

Anexo 8. Declaração de Consentimento Informado

Introdução

Os acidentes cardiovasculares são um grupo de doenças de grande mortalidade e morbilidade dos países desenvolvidos, sendo o Acidente Vascular Cerebral (AVC) apontado como a principal causa de morte em Portugal. Esta é uma doença originada por vários processos patológicos nos vasos sanguíneos do cérebro (Pais Ribeiro, 2005).

Após a ocorrência do AVC, os doentes que sobrevivem apresentam várias sequelas físicas e psicossociais que contribuem para a redução da sua qualidade de vida. Mas, com a emergência do movimento designado por “Psicologia Positiva”, começou-se a dar ênfase a uma psicologia focalizada no estudo de qualidades positivas, recursos, forças e potencial dos indivíduos com vista a auxiliá-los na superação de obstáculos e a lidar com as adversidades inerentes à vida, em detrimento de uma psicologia com orientação patológica. Desta forma, era possível aumentar a sua qualidade de vida, a sua valorização e tornar a sua existência mais feliz. É neste contexto que se desenvolve o presente trabalho, procurando-se analisar a influência de variáveis positivas na adaptação ao AVC. Das muitas variáveis positivas existentes, este estudo centrou-se no papel na Esperança, da Criatividade e do Sentido de Vida, na adaptação à doença em questão, estudada através da Autonomia Funcional e da Satisfação com a Vida dos doentes. Mas, sendo a depressão uma das consequências mais comuns e nefastas após o AVC, dado que pode prejudicar significativamente o processo de adaptação e reabilitação à doença, tornou-se importante considerar a sua influência neste processo.

Pretendeu-se proporcionar com este estudo um momento de reflexão teórica e produção de conhecimento científico, que contribuísse para uma melhor compreensão do processo de adaptação após a ocorrência do AVC.

Em relação à estruturação dos conteúdos, a presente investigação organizou-se em dois capítulos, o primeiro destinado ao enquadramento teórico do estudo, e o segundo ao estudo empírico realizado.

Assim, realiza-se no primeiro capítulo a contextualização da doença em termos de classificação clínica, epidemiologia, causas, consequências e tratamento. De seguida, aborda-se a influência das variáveis positivas na adaptação ao AVC, salientando o contributo do movimento da “Psicologia Positiva”, e caracterizando as variáveis psicológicas positivas deste estudo – Esperança, Sentido de Vida e Criatividade. Posteriormente, é abordada a influência da Depressão no processo de adaptação, que será

caracterizado no ponto seguinte pelas variáveis Autonomia Funcional e Satisfação com a Vida.

No segundo capítulo, apresenta-se a investigação propriamente dita, onde se aborda, primeiramente, a pertinência deste estudo, seguindo-se a descrição das variáveis, objetivos e hipóteses de investigação, e da metodologia, onde consta a caracterização sócio-demográfica e clínica dos participantes, a apresentação dos instrumentos utilizados e dos procedimentos estatísticos e de recolha de dados efetuados. Após esta descrição, são apresentados os resultados obtidos pelas análises efetuadas, que são discutidos à luz da literatura no ponto seguinte.

Este trabalho finaliza-se com a apresentação das principais conclusões deste estudo, que compreendem as suas limitações e sugestões para futuras investigações.

CAPÍTULO I

Enquadramento Teórico

1.1. Acidente Vascular Cerebral (AVC)

1.1.1. Definição e classificação clínica do AVC

Segundo Santos (2004), o AVC ocorre “quando uma parte do cérebro é subitamente danificada ou destruída, devido a uma interrupção, ou bloqueio da irrigação sanguínea” (Santos, 2004, p. 31). Este acidente neurológico pode ocorrer em sequência de um enfarte ou hemorragia cerebral. Como resultado do AVC surge, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o desenvolvimento rápido de sintomas e sinais focais (ou globais) de perturbação da função cerebral. Estes sintomas podem perdurar para além das 24 horas ou podem conduzir à morte sem outra causa aparente que a da origem vascular (OMS, 2003). No entanto, se os sintomas forem temporários pode-se estar na presença de um acidente isquémico transitório (AIT), não sendo considerado AVC (Garrett, 1994 *cit in* Santos, 2004). Ainda assim, o AIT não deve ser menosprezado uma vez que pode dar origem a distúrbios e aumentar a probabilidade de ocorrência de um AVC, sendo, por isso, considerado um sinal de alarme. (Whisnant et al., 1990). Neste sentido, Martins (2006) prevê que acerca de um terço dos indivíduos que sofreram um AIT serão vítimas de um AVC nos seguintes 5 anos.

O AVC pode ser classificado segundo dois grandes grupos: isquémico e hemorrágico (Caldas, 1986; Whisnant et., 1990).

O AVC isquémico resulta da privação de sangue, ou seja, da diminuição ou paragem da corrente sanguínea num vaso que irriga o sistema nervoso central (Caldas, 1986; Whisnant et al., 1990). Segundo Caldas (1986), este acidente neurológico pode resultar de embolias quando a oclusão das artérias é causada por um coágulo ou outro corpo estranho transportado na corrente sanguínea, ou de trombozes quando o processo de oclusão do vaso sanguíneo ocorre no próprio local de oclusão.

Por sua vez, o AVC hemorrágico resulta da rutura de um vaso sanguíneo (Caldas, 1986). Esta rutura pode resultar da fragilização das paredes das artérias causada pela hipertensão arterial, sobretudo quando é ignorada ou mal tratada (Habib, 2000). Verifica-se que a taxa de mortalidade devido a AVC deste tipo tem diminuído de forma mais acentuada comparativamente ao tipo isquémico (Huang, Chiang & Lee, 1997 *cit in* Santos, 2004). Santos (2004) adianta que este facto pode ser explicado pelo sucesso das campanhas com vista ao controlo da hipertensão sanguínea. Desta forma, o AVC isquémico é responsável pela maioria dos casos de AVC, representado cerca de 80% de todos os

registos desta patologia (Hu et al., 1989 *cit in* Santos, 2004).

1.1.2. Epidemiologia

Alguns autores defendem que a prevalência dos Acidentes Vasculares Cerebrais na população está a aumentar devido ao maior número de sobreviventes e ao crescimento da população idosa (Beech, Ratcliffe, Tillimg & Wolf, 1996 *cit in* Direção-Geral da Saúde, 2001). Neste sentido, de acordo com Bonita (1992 *cit in* Santos, 2004) três quartos dos novos episódios de AVC ocorrem na população idosa com 65 anos ou mais, apesar desta patologia ser transversal a todas as faixas etárias.

Bonita e colaboradores (1997 *cit in* Santos, 2004) estimam que a prevalência do AVC no mundo seja de cinco a dez casos por cada 1000 habitantes. Relativamente à incidência mundial desta patologia, alguns autores referem um a dois casos por 1000 habitantes, sendo raro ocorrer episódios de AVC antes dos 55 anos (Thorvaldsen, Asplund, Kuulasmaa, Rajakangas & Schroll, 1995 *cit in* Direção-Geral da Saúde, 2001).

Em Portugal verifica-se que as taxas de mortalidade (padronizadas pela idade) por AVC têm sofrido um decréscimo, sem variações significativas entre os sexos (Direção-Geral da Saúde, 2001), mas com grandes assimetrias regionais (Direção-Geral da Saúde, 2001; Santos, 2004). Ainda assim, o nosso país possui uma das taxas de mortalidade mais elevadas ao nível mundial (Santos, 2004). A Sociedade Portuguesa de Neurologia (1997 *cit in* Santos, 2004) aponta para uma taxa de incidência de 20000 casos por ano e uma prevalência de 8% (Gonçalves & Cardoso, 1997 *cit in* Direção-Geral da Saúde, 2001).

1.1.3. Causas do AVC

As causas de um AVC prendem-se com os fatores de risco individuais, que segundo Santos (2004) podem estar relacionados com comportamentos e estilos de vida.

De acordo com a mesma autora, a classificação mais tradicional dos fatores de risco para o AVC tem como critério a possibilidade virem a poder ser alvo de intervenção ou não. Também Padilha (2001) sugeriu que estes fatores podiam ser classificados como fatores de risco não modificáveis (como idade, sexo, raça, fatores genéticos, doença cardíaca, entre outros) e fatores de risco modificáveis (como hipertensão arterial,

tabagismo, álcool, obesidade, contraceptivos orais, sedentarismo, colesterol, etc.). Outra classificação proposta pelo *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* dos EUA, agrupa os fatores em três grandes categorias: características e estilos de vida (como a idade, sexo, raça, abuso de drogas, entre outros), patologias ou marcadores patológicos (como a hipertensão arterial, doenças cardíacas, diabetes Mellitus, etc.) e lesões estruturais assintomáticas (Whisnant et al., 1990). No entanto, “nem sempre se consegue descobrir a causa dos AVC” (Direção-Geral da Saúde, 2001, p. 22).

1.1.4. Consequências do AVC e tratamento

As consequências do AVC dependem da localização e gravidade da lesão e do estado de saúde do indivíduo, podendo o AVC atingir qualquer área cerebral (Santos, 2004). Hemiplagia (paralesia do lado do corpo oposto à lesão no cérebro), disfasia (dificuldade na mastigação e deglutição), afasia (perturbações da linguagem), apraxia (incapacidade em realizar um movimento, ou uma sequência de movimentos quando solicitada, mesmo tendo a sensação intacta e compreendendo a tarefa), alterações visuais, agnosia (perturbação na interpretação visual, tátil ou de outras estruturas sensoriais), disartria (articulação/pronúncia imperfeita das palavras), cinestesia (alterações nas sensações), incontinência urinária e fecal e dor no ombro são as consequências físicas mais comuns após o AVC que são sugeridas por Santos (2004), que considera também que o AVC pode afetar a função cognitiva dos indivíduos.

A par destas alterações físicas surgem reações emocionais e comportamentais que podem comprometer a saúde e bem-estar dos indivíduos que sofrem AVC, sendo a depressão a reação emocional mais comum face a esta patologia (Santos, 2004). Para além desta existem outras que podem dificultar ou impedir a recuperação dos doentes, como a ansiedade, o emocionalismo patológico e a apatia (Santos, 2004). De acordo com Leal (2001 *cit in* Carvalho, 2007), os doentes podem tornar-se, assim, desconfiados, exigentes e irritáveis.

Para além destas consequências físicas e emocionais podem surgir também alterações nos papéis e estatutos sociais dos doentes após a ocorrência do AVC (Santos, 2004).

Relativamente ao tratamento desta patologia, de acordo com a Direção-Geral da Saúde, “os doentes com AVC internados são hoje encaminhados para os Serviços de

Medicina ou Neurologia, sendo o enfoque dos cuidados sobretudo orientado para a fase aguda. Os cuidados orientados para a reabilitação não têm sido tão valorizados quanto seria desejável.” (Direção-Geral da Saúde, 2001, p. 9).

A fase aguda do AVC implica internamento e tem como objetivo prevenir e tratar as complicações agudas associadas à patologia, tais como a hipertermia, hiperglicemia, trombozes venosas, entre outras (Santos, 2004). Após esta fase de tratamento, quando a situação clínica do doente se estabiliza, este deve participar o mais rapidamente num programa de reabilitação funcional (Fontes, 2000 *cit in* Santos, 2004). Este programa poderá incluir terapia física, terapia ocupacional e terapia da fala com o intuito de recuperar o mais possível as capacidades funcionais do doente (Direção-Geral da Saúde, 2001). De acordo com Santos (2004), os familiares cuidadores do doente com AVC também deverão participar no processo de reabilitação. Desta forma, estes cuidadores têm oportunidade de aprender com os profissionais informações úteis sobre a doença e sobre a recuperação esperada, bem como sobre os cuidados a ter com o doente. De referir que, dada a dependência do doente, esta patologia não afeta só a vida deste mas também toda a dinâmica familiar (Araújo, Paúl & Martins, 2008).

1.2. A influência das variáveis positivas – Esperança, Sentido de Vida e Criatividade – na adaptação à doença

1.2.1. O contributo da Psicologia Positiva

Durante muito tempo, a Psicologia dedicou-se ao estudo da patologia e da doença mental, procurando compreender e caracterizar as várias perturbações psicológicas e o seu funcionamento. De acordo com Seligman e Csikszentmihalyi (2000), antes da Segunda Guerra Mundial, a psicologia tinha três missões distintas: curar doenças mentais, tornar a vida das pessoas mais produtivas e identificar e apoiar pessoas excecionalmente talentosas. Mas, após a guerra, dois eventos de cunho económico mudaram a face da psicologia: a possibilidade de tratar os veteranos de guerra com problemas psicológicos e a criação do Instituto Nacional de Doenças Mentais, nos Estados Unidos. Assim a psicologia direccionou-se para um modelo disfuncional do ser humano, sempre orientada para as doenças. Como tentativa de romper com este viés negativo sobre o desenvolvimento humano, na década de 90, Martin Seligman, na condição de presidente da American

Psychological Association, chamou a atenção para a necessidade de mudança no foco da psicologia. Seligman e Csikszentmihalyi (2000) defenderam que esta grande ênfase na psicologia clássica, focada desproporcionalmente na patologia e na reparação de danos, fez com que se negligenciassem os fatores e processos que conduzem à otimização do funcionamento humano. É neste contexto que nasce na última década do século XX o movimento da Psicologia Positiva, que para além do interesse sobre a patologia procura fomentar os fatores que permitem que as pessoas, comunidades e sociedades prosperem e tenham uma vida mais feliz e produtiva. Assim, este “novo” movimento foca a sua atenção no estudo das emoções positivas (bem-estar, satisfação com a vida, felicidade, alegria, otimismo, esperança, sabedoria, amor, perdão), no estudo dos traços positivos do ser humano (vocação e capacidade para amar, coragem, habilidade nas relações interpessoais, sensibilidade estética, perseverança, capacidade de perdoar, originalidade, criatividade, espiritualidade, competências e sabedoria) e no estudo de virtudes cívicas que orientam os indivíduos para serem cidadãos melhores (responsabilidade, educação, altruísmo, civilidade, moderação, tolerância e trabalho ético). Estes são os três pilares da Psicologia Positiva propostos por Seligman (2000), que tenta mudar a centralidade no tratamento para o foco na prevenção.

O trabalho de alguns psicólogos humanistas como Carl Rogers e Abraham Maslow, principalmente nos anos 60 e 70, lançou algumas bases para o estudo daquilo que caracteriza as pessoas mais felizes e realizadas. Mas, apesar da Psicologia Humanista enfatizar aspetos positivos do desenvolvimento humano, as suas contribuições receberam pouca atenção no passado, uma vez que “Unfortunately, humanistics psychology did not attract much of cumulative empirical base” (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000, p. 7). Contudo, esta asserção foi contestada por muitos outros autores e segundo Froh (2004) é evidente que a Psicologia Positiva e a Psicologia Humanista partilham objetivos e interesses. Seligman e Csikszentmihalyi (2000) chegam mesmo a reconhecer que a Psicologia Positiva não é uma nova ideia e que, por isso, não podem clamar por originalidade.

Na Psicologia Positiva as diferenças individuais de cada pessoa manifestam-se na forma como elas encaram e vivenciam emoções positivas. Esta área é avaliada segundo experiências subjetivas como o bem-estar, contentamento, satisfação (com o passado), esperança e otimismo (para o futuro), e felicidade (no presente). Especialmente interessantes são os estudos de ampliação e construção das emoções positivas desenvolvidos por Frederickson (2001) que postula que estas emoções ampliam o

pensamento e repertório de ações, contribuindo para o desenvolvimento de recursos sociais, físicos e psicológicos, que poderão ser utilizados em situações adversas e potenciar a capacidade para a resolução de problemas. Ou seja, as emoções positivas podem ser uma estratégia eficaz para a promoção e construção de habilidades e atitudes saudáveis frente a circunstâncias negativas, remetendo-nos para o conceito de resiliência. Segundo Zautra, Hall e Murray (2008) resiliência define-se com o resultado da adaptação bem sucedida à adversidade, explicando a superação de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações.

A busca pela sua realização e o desenvolvimento das suas potencialidades é o que caracteriza as pessoas autoatualizadas, sinónimo de pessoas saudáveis. Estas são capazes de tirar bom proveito mesmo de experiências traumatizantes, tragédias, doenças, etc. (Maslow, 1970 *cit in* Guerra, 1998). Assim, as pessoas mais autoatualizadas serão pessoas mais resilientes. Para a sua definição torna-se imprescindível, segundo Guerra (1992) atender a quatro dimensões: Sentido de Vida, Vida Criativa ou Criatividade, Orientação Interior e Dimensão Existencial. Estas dimensões refletem os fatores mais influentes na resolução da crise de uma forma positiva em situações adversas. Considera-se, assim, que percebendo o funcionamento de um indivíduo e as suas forças e virtudes, mais facilmente o poderemos ajudar a superar obstáculos e a lidar com as adversidades inerentes à vida.

1.2.2. A Esperança no AVC

Nas décadas de 80/90, o tema da esperança começa a florescer no âmbito da Psicologia Positiva dada a sua influência na vida das pessoas (Pedro, 2007). Segundo Barros, a esperança “trata-se uma atitude, de uma emoção, de um valor, de uma virtude, ou como lhe quisermos chamar, das mais positivas ou necessárias para o ser humano” (Barros, 2004, p. 111). O mesmo autor defende ainda que a esperança é o que faz viver o indivíduo e as sociedades (Barros, 2004).

Snyder e colaboradores (1991) enunciaram duas componentes da esperança: *agency* (perceção de ações eficazes para atingir os objetivos e motivação e sentido de determinação para os alcançar) e *pathways* (perceção do percurso a percorrer para atingir os objetivos e capacidade para planear meios para chegar às metas). Ou seja, não basta querer atingir os objetivos uma vez que também é necessária a capacidade de pensar e encontrar estratégias para os alcançar (Snyder et al., 1991). Neste sentido, Silva (2007)

defende que a esperança se associa à autoconfiança, autoestima, autoeficácia e pensamento alternativo pois “tem muito a ver com o acreditar que se é capaz, que se tem controlo sobre os acontecimentos da vida, com a capacidade de resistir perante as dificuldades (resiliência), de resolver problemas e encontrar caminhos alternativos para atingir as metas” (Silva, 2007, p. 71).

As pessoas com altos níveis de esperança parecem estar mais motivadas para conseguir alcançar objetivos através de planos de ação e, se alguns destes planos falhar, estas pessoas têm uma maior capacidade para desenvolver planos alternativos (Vázquez & Hervás, 2008; Silva, 2007). Assim, a esperança apresenta-se como um constructo cognitivo, tendo por base uma componente motivacional. Esta é uma das características importantes para a distinção entre esperança e otimismo, pois segundo Barros (2004), embora os dois constructos se aproximem, o primeiro apresenta-se com uma conotação mais afetivo-motivacional, enquanto o segundo é melhor caracterizado pela dimensão cognitiva.

De acordo com o mesmo autor existem esperanças nem sempre razoáveis e realistas e esperanças mais ou menos ilusórias, egocêntricas ou patológicas (Barros, 2004). Polivy e Herman (2002 *cit in* Barros, 2004), no âmbito do “síndrome de falsa esperança” referem que talvez seja melhor viver com falsas esperanças ou com expectativas irrealistas do que viver sem nenhuma esperança.

Segundo Barros (2004) deve-se considerar principalmente a esperança como uma disposição mais estável, uma vez que se existirem apenas momentos fugazes de esperança “não se pode considerar uma pessoa cheia de esperança, capaz de resistir a todos os ventos adversos” (Barros, 2004, p. 125).

Seligman e Csikszentmihalyi (2000) referem que pessoas com altos níveis de esperança estão melhor preparadas para enfrentar a sua realidade. Estas pessoas tornam-se mais resistentes aos obstáculos que surgem na sua vida (Silva, 2007). Por sua vez, Chu et al. (2007 *cit in* Pedro, 2007) advogam que os doentes esperançados aceitam facilmente o seu estado e conseguem restabelecer a sua vida, podendo utilizar a religião como estratégia de *coping* no ajustamento à doença. Também Perloiro et al. (2001 *cit in* Silva, 2007) defendem que a esperança faz com que as pessoas recuperem mais rapidamente e tenham estratégias mais eficazes para lidar com a sua situação. Snyder e Lopez (2002 *cit in* Melo, 2009) reforçam estas ideias defendendo que as pessoas com níveis elevados de esperança estão mais centradas naquilo de que precisam para recuperar de uma doença física. Snyder et al (2000 *cit in* Pedro, 2007) afirmam que os caminhos a seguir, traçados pelos doentes

esperançados, têm não só como objetivo a resolução da doença, como também a prevenção do agravamento da mesma. Para além disso, a esperança também pode contribuir para a prevenção da doença ao promover estilos de vida mais saudáveis, como a prática de exercício físico, abstinência do tabaco, alimentação saudável, entre outros (Snyder et al., 2000 *cit in* Pedro, 2007), fatores que, tal como foi referido anteriormente, podem estar na origem do AVC.

Num estudo correlacional com 50 doentes de AVC submetidos a um programa de reabilitação, a Esperança foi o único predictor significativo do estado funcional dos indivíduos (Popovich, 1991 *cit in* Bluvol & Ford-Gilboe, 2004). Para Popovich, Fox, & Bandagi (2007) a Esperança é uma estratégia que ajuda a lidar com os efeitos negativos do AVC e pode ser um recurso do doente para aumentar a sua motivação e envolvimento no tratamento físico e psicológico. Para além disso, pode ajudar a lidar com as incertezas e com os insucessos obtidos no âmbito da reabilitação. Os doentes com esperança também se mostram clinicamente mais estáveis, recuperando a independência e voltando às atividades em que participavam antes do AVC (Popovich et al., 2007). Assim, de acordo com os autores supracitados “The goals of rehabilitation encompassed the patients' sources of hope by promoting independence and soliciting family involvement through comprehensive interaction with professionals.” (Popovich et al., 2007, p. 1482).

1.2.3. A Criatividade no AVC

A Criatividade ou Vida Criativa é, segundo Guerra (1992), uma das quatro dimensões necessárias para caracterizar as pessoas autoatualizadas. Esta dimensão refere-se à “presença de indicadores que apontam para uma produção original na vida do quotidiano do indivíduo” (Guerra, 1992, p.97). Por outras palavras, diz respeito à capacidade de apresentar várias leituras para a mesma situação ou utilizar os mesmos recursos para combiná-los de maneira diferente (Guerra, 1992). Carl Rogers refere mesmo que a causa da criatividade é “a tendência do homem para se realizar a si próprio, para se tornar no que em si é potencial” (Rogers, 1985, p. 302). A criatividade exige espontaneidade, expressividade e singularidade (Guerra, 1998). Contudo, apesar da presença desta dimensão ser necessária para se poder considerar que uma pessoa é autoatualizada ou saudável não é, segundo Guerra (1992; 1998), suficiente, uma vez que existem pessoas criativas, mas não autoatualizadas. Desta forma, torna-se necessário

recorrer a outras dimensões indicadoras de saúde (Guerra, 1998).

O estudo da criatividade pode focar-se no contexto em que se observa a criatividade (situação criativa), no processo de criação (processos mentais envolvidos no acontecimento criador), nos produtos criativos e/ou na pessoa criativa (Sakamoto, 2000). Mas, de acordo com Guerra (1998) a importância da criatividade enquanto característica da autoatualização deve-se à personalidade criadora do sujeito e não ao produto criativo deste (Guerra, 1998).

Para Sternberg (1988 *cit in* Nogueira & Baía, 2006), certas características da personalidade podem associar-se mais facilmente a uma maior criatividade, tais como: tolerância à ambiguidade, vontade de ultrapassar obstáculos, desejo de crescer e de reconhecimento, motivação intrínseca, entre outras. Morais (2001 *cit in* Nogueira & Baía, 2006) acrescenta que as pessoas criativas também se caracterizam pela autonomia, autoconfiança, persistência, atração pela complexidade, curiosidade, sentido de humor, etc. Csikszentmihalyi (1997 *cit in* Nogueira e Baía, 2006) afirma que estas pessoas, perante a dificuldade, desenvolvem formas alternativas de ser e de agir. Assim, tal como Guerra (1998) defende, a criatividade parece ter um papel fundamental na recuperação de uma crise, ou doença, ao permitir o desenvolvimento de formas alternativas de resolução do problema.

De acordo com Miller (2008), o estudo da criatividade no âmbito das doenças neurológicas é bastante complexo, mas ao mesmo tempo fascinante. Para o autor há casos em que as pessoas desenvolvem novas habilidades após o aparecimento da patologia que não existiam até então. Verifica ainda que, após a ocorrência deste tipo de doenças mais debilitantes, os indivíduos podem recorrer à arte para se expressarem, sendo a pintura um exemplo de estratégia a usar (Miller, 2008).

Em suma, a criatividade pode associar-se à autoatualização e à saúde. Esta asserção é apoiada por Maslow quando este afirma “Tengo la impresión de que concepto de creatividad y El de persona sana, autorrealizadora y plenamente humana están cada vez más cerca El uno Del outro y quizá resulten ser lo mismo.” (Maslow, 1990, p. 83). Esta dimensão pode assim ser considerada uma característica psicológica positiva.

1.2.4. O Sentido de Vida no AVC

O Sentido de Vida, fazendo parte do conceito de autoatualização, refere-se, segundo

Guerra (1992), à existência de um propósito na vida, fazendo a pessoa mover-se em direção à sua concretização. Tal como foi proposto por Frankl, Moos e Scholossberg, o Sentido de Vida também pode refletir-se numa atitude altruísta com pessoas com problemas semelhantes, uma vez que pode tornar-se um motivo para continuar a lutar por algo (Guerra, 1998).

O Sentido de Vida tem sido estudado por vários autores, como Kierkegaard, Nietzsche, Camus, Sartre, Frankl, May, Yalom, entre outros, tornando-se um dos conceitos mais alusivos no campo da filosofia e da psicologia (Feldman & Snyder, 2005). Victor Frankl foi um dos humanistas que mais desenvolveu o Sentido de Vida, tendo fundado a Logoterapia, uma psicoterapia centrada precisamente nesta dimensão (Feldman & Snyder, 2005; Guerra, 1998; Barros, 2004). Esta terapia passa a integrar a espiritualidade, sendo a vivência religiosa uma das muitas manifestações desta dimensão (Kraus, Rodrigues & Dixe, 2009; Barros, 2004). Segundo o mesmo autor, os indivíduos procuram constantemente um Sentido de Vida. Mas, como não obtêm sucesso nesta tarefa, experimentam a “tríade trágica”: sofrimento, culpa e morte. O objetivo da Logoterapia é fazer com que o cliente “olhe de frente a trágica tríade” (Barros, 2004, p.165). Pretende, assim, que o cliente atribua também significado aos aspetos negativos da sua existência com vista ao seu crescimento pessoal (Barros, 2004). De referir que considera-se sempre que o indivíduo é o único responsável pela construção do seu próprio Sentido de Vida e que a realização pessoal surge quando este sentido é construído através da transcendência de si para algo ou alguém, pela aceitação do inevitável e pelo amor condicional a outra pessoa (Kraus et al., 2009).

Segundo Barros (2004), “Só buscando significado para a vida (e encontrando-o), o homem pode sentir-se feliz e realizado.” (Barros, 2004, p. 159). Assim, a procura de Sentido de Vida torna-se uma variável cognitivo-afetivo-motivacional de extrema importância. Para o mesmo autor muitos dos temas estudados no âmbito da Psicologia Positiva como o amor, esperança, sabedoria, entre outros, contribuem para dar sentido à vida (Barros, 2004).

Segundo Frankl (1959 *cit in* Kim & Kang, 2003) as pessoas em sofrimento tendem em primeiro lugar a procurar um Sentido de Vida. Burnard (1988 *cit in* Kim & Kang, 2003) defende que a necessidade de Sentido de Vida é um traço universal, sendo a sua ausência responsável por sentimentos de vazio e desespero que poderão afetar todos os domínios da vida do indivíduo. Para Peterman, Fitchett, Brady, Hernandez & Cella (2002 *cit in* Park, Malone, Suresh, Bliss & Rosen, 2008) apesar do stress causado por problemas

de saúde, os doentes podem desenvolver um Sentido de Vida através da reavaliação e focalização no que é verdadeiramente importante, fazendo ligações com o transcendente ou desenvolvendo um sentido de valorização da vida. Segundo Park e colaboradores (2008) os doentes que lidam pior com a doença e não usam estratégias adequadas poderão possuir níveis mais baixos de Sentido de Vida. Desta forma, esta dimensão torna-se uma variável positiva na adaptação à doença pois “Atribuir significado da experiência quotidiana, devolve dignidade à vida e projeta esperança no futuro.” (Kraus et al. 2009, p. 77).

Kvigne, Kirkevold & Gjengedal (2004) levaram a cabo um estudo com mulheres vítimas de AVC, verificando que estas mostravam ter uma forte vontade de viver e de controlar as suas vidas apesar do sofrimento e das perdas sofridas com a doença. A força para se envolver nesta “luta” estava intimamente relacionada com a sua identidade como mães, esposas, avós e donas de casa. Neste sentido, sentindo que tinham de se recuperar para cuidar dos filhos, dos maridos, das tarefas domésticas e reconquistar a sua independência, algumas participantes do estudo conseguiram canalizar energia e cumprir a sua missão de vida.

Assim, esta variável também pode contribuir para a adaptação e recuperação após a ocorrência do AVC.

1.3. A Depressão no AVC

De acordo Moniz e Barros (2008 *cit in* Oliveira, 2008) a depressão enquanto processo emocional negativo associa-se a acontecimentos críticos de vida como o aparecimento de uma doença. Segundo Buela-Casal & Sierra (2001 *cit in* Oliveira, 2008) a depressão pode ser considerado como um estado de ânimo (resultante de acontecimentos negativos na vida ou de flutuações do estado de espírito devido ao ritmo biológico e, portanto, é comum a todos os seres humanos) ou como síndrome (caracterizada por um padrão de diferentes sintomas, de carácter mais permanente, tendo como consequência uma deterioração clinicamente significativa), que está fortemente associada às doenças físicas ou psicopatológicas.

Relativamente ao AVC, Santos (2004) aponta também que é frequente surgirem alterações de humor associadas a esta patologia, podendo a depressão surgir ou agravar-se após o episódio. Segundo Carod-Artal et al. (2000 *cit in* Santos, 2004) esta perturbação pode aparecer na fase aguda do AVC e prolongar-se durante algum tempo, sendo mais

frequente no sexo feminino. Quanto à sua prevalência em doentes que sofreram um AVC, Duncan e colaboradores (1997 cit in Santos, 2004) estimam que esta varie entre 23 a 63%. Os mesmos autores concluem também que as pessoas com antecedentes de AVC apresentam maiores níveis de depressão em comparação com a população em geral. Por seu lado, Robinson et al. (2008) sugerem que a depressão surge em mais da metade destes doentes de AVC.

A depressão surge, segundo alguns autores, como resposta às incapacidades e desvantagens sociais, ou então, segundo outros, pode ser induzida pelas lesões cerebrais provocadas pelo AVC (Åström et al., 1992 cit in Santos, 2004). O doente pode ainda desenvolver uma depressão pelo facto de estar hospitalizado (Gordon & Hibbard, 1997 cit in Turner-Stokes & Hassan, 2002).

Robinson e colaboradores (2008) advertem para a influência negativa da depressão após o AVC. Segundo os autores, esta pode impedir a reabilitação e recuperação de habilidades funcionais e pode não só reduzir a qualidade de vida do doente como também o tempo de vida deste. Também Turner-Stokes & Hassan (2002) referem que a depressão no âmbito do AVC se torna importante pela angústia que causa nos pacientes e na sua família e pelos baixos resultados que provoca ao nível da reabilitação.

Assim, torna-se fundamental a sua prevenção bem como o seu diagnóstico precoce e intervenção após a ocorrência do AVC. Segundo Turner-Stokes e Hassan (2002) o seu diagnóstico pode ser dificultado pelos défices cognitivos e pelas dificuldades comunicacionais que poderão surgir e afetar o discurso do doente.

1.4. A adaptação ao AVC

Segundo Schwartz (2009), a saúde está relacionada com a estabilidade e a doença com a variabilidade e a mudança. Assim, dadas as consequências físicas e psicossociais do AVC, após a sua ocorrência a vida dos doentes, tal como a conheciam, apresenta-se de forma diferente. Neste sentido, torna-se fundamental a adaptação destas pessoas a uma nova condição e a novas rotinas.

Para Schwartz e Sprangers (2000 cit in Rochette, Bravo, Desoriers, St-Cry Tribble & Bourget, 2007) a adaptação pode ser vista como uma interação complexa entre a avaliação (significado subjetivo dado a uma situação particular como uma ameaça ou desafio – avaliação primária – e avaliação dos recursos pessoais para lidar com essas situações –

avaliação secundária) e as estratégias de *coping*. Ou seja, é um processo em que o indivíduo maximiza as suas potencialidades para lidar com as suas limitações e ajustar-se às diversas situações. De referir que vários modelos têm sido propostos para explicar a promoção de saúde e adaptação à doença.

O modelo de Kubler-Ross, desenvolvido em 1969, salienta a existência de 5 fases no processo de luto: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. Tendo em conta que as emoções que ocorrem durante as situações de perda são semelhantes às experienciadas no contexto de doença, este modelo mostra-se adequado para descrever o processo de adaptação psicológica à crise (Schwartz, 2009).

O estudo desenvolvido por Rochette e colaboradores (2007) evidenciam a existência de diversas variáveis, como a personalidade, suporte social, experiências de vida, entre outras, que devem ser consideradas para uma compreensão mais completa deste processo de adaptação.

A capacidade/autonomia funcional pode ser encarada como uma medida da adaptação à doença. Para Pedro e Pais Ribeiro (2008) a capacidade funcional é um atributo crucial para todas as pessoas. Segundo Rebelatto e Morelli (2004 *cit in* Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007), esta capacidade diz respeito à autonomia dos sujeitos para realizar as tarefas da vida quotidiana que lhes permitem viver sozinhos em contexto domiciliário. Relativamente ao AVC, é sabido que esta patologia muitas vezes tem como resultado a diminuição da autonomia funcional dos doentes (Proot, Abu-Saad, GJ van Oorsouw & Stevens, 2002).

Tendo em conta as inúmeras incapacidades que esta patologia causa, a avaliação da funcionalidade das pessoas que a sofreram é fundamental para a compreensão das suas limitações e necessidades. Para além disso, esta avaliação torna-se crucial uma vez que permite, por um lado, planificar adequadamente os cuidados de saúde a prestar ao doente de AVC (Araújo et al., 2007) e, por outro, permite perceber quais as atividades que o doente pode realizar por si só (Martins, Ribeiro & Garret, 2003 *cit in* Brandão & Pais Ribeiro, 2008).

Num estudo realizado pela Direção-Geral da Saúde (1996 *cit in* Direção-Geral da Saúde, 2001) verificou-se que três meses após a ocorrência do AVC 24% dos doentes tinham ficado gravemente incapacitados, 30.8% independentes e 18.2% com incapacidade ligeira. Também, segundo Ramires (1997 *cit in* Direção-Geral da Saúde, 2001), 80% dos doentes alcançam o melhor nível funcional às 6 semanas e 90% às 12.5 semanas (3 meses). Segundo a Direção-Geral de Saúde (2001), não é de se esperar que após 3 meses da

ocorrência do AVC se obtenha uma melhoria funcional ou neurológica, uma vez que apenas 5% dos doentes apresentam algum progresso nessa altura. Para além disso é sabido que, após a conclusão do programa de reabilitação, 20% das pessoas que sofreram o AVC ficam com incapacidade grave, 8% com incapacidade moderada, 26% com incapacidade ligeira e 46% tornam-se independentes, sendo que cerca de 50% retomará a sua profissão ou continuará a realizar as suas atividades habituais (Direção-Geral da Saúde, 2001).

A Satisfação com a Vida também pode ser encarada como uma medida da adaptação à doença.

Esta variável insere-se no conceito mais global de Bem-Estar Subjetivo, que para além desta componente integra mais duas: o afeto negativo e o afeto positivo (Andrews & Withey, 1976 *cit in* Neto, 1993).

Relativamente à Satisfação com a Vida, esta diz respeito à avaliação global que o sujeito faz da qualidade da sua vida segundo critérios por si escolhidos (Shin & Johnson, 1978 *cit in* Neto, 1993) e representa a parte subjetiva desta (Tzonichaki & Kleftaras, 1992 *cit in* Kortte, Gilbert, Gorman & Wegener, 2010). Assim, a Satisfação com a Vida reporta-se aos aspetos do juízo cognitivo (Neto, 1993). Para a avaliação global desta variável faz mais sentido perguntar à pessoa a sua avaliação geral do que efetuar a soma da satisfação em vários domínios específicos da sua vida (Neto, 1993). Contudo, segundo Chen e Crewe (2009) existem dificuldades conceptuais e práticas na avaliação da Satisfação com a Vida nas doenças neurológicas, podendo este facto ter contribuído para a falta de investigação adequada nesta área.

No que diz respeito ao AVC, vários estudos revelaram que a Satisfação com a Vida é influenciada pela raça (Hinckley, 2002 *cit in* Nagayoshi, Iwata & Hachisuk, 2008), género (Jaracz & Kozubski, 2003 *cit in* Nagayoshi et al., 2008), estado civil (Braga et al., 2002 *cit in* Nagayoshi et al., 2008), condições de vida (Drummond, 2001 *cit in* Nagayoshi et al., 2008), afasia, regresso ao trabalho (Hinckley et al., 2002 *cit in* Nagayoshi et al., 2008), e suporte social (Grant et al., 2001 *cit in* Nagayoshi et al., 2008). De uma forma mais geral, vários estudos demonstraram que as pessoas que sofreram esta patologia apresentam uma reduzida Satisfação com a Vida (e.g. Astrom et al., 1992 *cit in* Moreira, 2008).

Atualmente procura-se relacionar a adaptação à doença com diferentes variáveis entre as quais se encontra a Satisfação com a Vida (Bishop & Feist-Price, 2001 *cit in* Livneh, Lott & Antonak, 2004). Num estudo realizado por Livneh, Lott e Antonak (2004) verificou-se que altos níveis de Satisfação com a Vida estão associados a uma adaptação psicossocial bem sucedida à condição de doença.

Segundo o estudo de Åberg, Sidenvall, Hepworth, O'Reilly e Lithell (2005) o funcionamento físico permite ao indivíduo manter atividades significativas consideradas importantes para a Satisfação com a Vida, tais como, cuidados pessoais e de socialização com outros significativos. Por seu lado, a incapacidade aumenta os níveis de depressão dos doentes e reduz a Satisfação com a Vida (Broe et al., 1998).

Recentemente os estudos têm-se direcionado para a importância de se incluir medidas subjetivas de bem-estar para além das medidas mais tradicionais de incapacidade (Sveen et al., 2004 *cit in* Hartman-Maeir, Soroker, King, Avni & Katz, 2007). Apesar de os elevados níveis de Satisfação com Vida estarem associados a uma maior autonomia funcional (Hartman-Maeir et al., 2007), esta relação nem sempre é linear. Carlsson e colaboradores (2003 *cit in* Hartman-Maeir et al., 2007) examinaram atividades da vida diária, estado emocional e cognitivo e a Satisfação com a Vida de uma amostra constituída por 61 pessoas da Suécia que tinham sofrido um AVC ligeiro há um ano. Estes autores concluíram que apesar dos resultados positivos obtidos ao nível das atividades básicas de vida diária, os doentes apresentaram deficiências ao nível do estado emocional e cognitivo e diminuição da satisfação. Neste sentido, pode-se concluir que é importante atender simultaneamente à capacidade funcional e à Satisfação com a Vida, uma vez que estas variáveis, consideradas separadamente, podem não ser suficientes para determinar a adaptação dos doentes de AVC a esta patologia, tal como o estudo supracitado sugere. Assim, a presente investigação procurou analisar a relação entre as variáveis positivas e negativa na adaptação ao AVC, avaliada através da Autonomia Funcional e Satisfação com a Vida.

CAPÍTULO II

Estudo Empírico

Pertinência do estudo

Tal como foi referido na revisão da literatura, atualmente assiste-se a um aumento da prevalência e incidência do AVC e a uma elevada taxa de mortalidade (especialmente em Portugal) associada à ocorrência desta patologia. Estes factos, aliados ao importante impacto psicológico que o AVC tem no doente e nas pessoas que o rodeiam e às incapacidades que origina, justificam a pertinência dos estudos dedicados a esta doença.

Dadas as consequências físicas e psicológicas que esta patologia acarreta, torna-se fundamental atender ao estudo de variáveis inseridas no âmbito da Psicologia Positiva que, segundo Seligman e Csikszentmihalyi (2000), nos permitem perceber como é que o ser humano se adapta e prospera face a variadas adversidades e crises.

Esta investigação em concreto também se inseriu neste “novo” movimento da Psicologia ao tentar perceber a influência de variáveis positivas como a Esperança, Sentido de Vida e Criatividade na adaptação dos doentes ao AVC.

Segundo Stephenson (1991 *cit in* Bluvol e Frod-Gilboe, 2004) a Esperança é a resposta básica e crucial para a vida humana. Esta variável é uma das variáveis essenciais na recuperação das vítimas de AVC, uma vez que é uma força positiva que aumenta a motivação, auxilia na realização dos objetivos e na adaptação à doença (Piazza et al., 1991 *cit in* Bluvol e Frod-Gilboe, 2004).

Perante as consequências e obstáculos colocados pelo AVC, tornou-se também particularmente interessante perceber como é que a Criatividade emerge de modo a favorecer a adaptação do indivíduo à sua nova condição, ou seja, o que é que o sujeito faz ou como se transforma para se reajustar à sua “nova” condição. Para além disso, o Sentido de Vida também possui um papel fundamental neste processo de adaptação e ajustamento psicológico e, com o crescimento da Psicologia Positiva, muitos investigadores têm chamado a atenção para a importância desta variável (Jim, Purnell, Richardson, Golden-Kreutz & Andersen, 2006).

Assim, tendo em conta as possíveis vantagens da Esperança, Sentido de Vida e Criatividade acima mencionadas, fez sentido estudar estas variáveis no âmbito do AVC, para verificar se estas forças e virtudes podiam ajudar mais eficazmente os pacientes a superar as dificuldades resultantes desta doença.

Tendo em conta que uma das complicações mais frequentes após o episódio de AVC é, tal como já se referiu, a depressão, tornou-se relevante a sua inclusão neste estudo, uma vez que esta variável poderá diminuir a motivação e empenho do doente no tratamento e,

consequentemente, dificultar a sua recuperação. Para além disso, tal como Seligman e Csikszentmihalyi (2000) referiram, as variáveis positivas têm uma importância significativa no aumento da resistência à depressão. Nesta linha, tornou-se interessante perceber como é que esta variável se relacionava com as variáveis positivas anteriormente mencionadas (Esperança, Sentido de Vida e Criatividade).

Por último, segundo Kim et al. (1999 *cit in* Moreira, 2008) tornou-se relevante proceder ao estudo de variáveis psicossociais face à supremacia dos estudos centrados nas capacidades físicas das pessoas que sofreram um AVC. Neste sentido, este estudo poderá dar um maior contributo para o estudo desta patologia ao focar-se neste tipo de variáveis.

2.1. Variáveis, Objetivos e Hipóteses do Estudo

2.1.1. Variáveis Psicológicas e Clínicas

O presente estudo teve como principais variáveis psicológicas a Esperança, a Criatividade, o Sentido de Vida, a Depressão e a Satisfação com a Vida.

Como variáveis clínicas, utilizou o tipo de AVC, o tempo de diagnóstico, a ocorrência de outros AVC's, o lado do corpo afetado pelo AVC, o tempo de hospitalização, problemas de saúde e mudanças importantes ocorridas após a doença.

A inclusão destas variáveis clínicas neste estudo prendeu-se com os resultados de diversos estudos acerca da sua relação com a adaptação dos doentes após o AVC.

Neste sentido, decidiu-se incluir a variável “tempo de diagnóstico”, uma vez que esta se revela importante na recuperação após o AVC, tendo Kwakkel, Kollen e Twisk (2006) afirmado que esta variável explica por si só 16% das melhoras verificadas após a doença, sugerindo-se que à medida que o tempo passa mais autonomia funcional os sujeitos apresentam.

Para além disso, tendo em conta que a hospitalização dos doentes parece acarretar repercussões psicológicas suscetíveis de influenciar o processo de recuperação (Carvalho Teixeira, 1993), esta variável também fez parte do presente estudo.

Quanto à variável “problemas de Saúde”, considerou-se também pertinente incluí-la nesta investigação uma vez que, de acordo com alguns estudos, a presença de comorbilidades parece influenciar negativamente a adaptação dos doentes após o AVC (Bagg, Pombo, & Hopman, 2002).

E, tendo em conta que o AVC acarreta sequelas físicas e psicossociais que podem contribuir para a redução da qualidade de vida dos doentes, tornou-se pertinente considerar de que forma estas alterações podem interferir na adaptação dos doentes a uma nova realidade imposta por estas sequelas.

Para além das variáveis supracitadas, o presente estudo considerou a variável Autonomia Funcional, que juntamente com a variável Satisfação com a Vida, analisam a adaptação dos doentes ao AVC.

2.1.2. Objetivos

O objetivo geral da presente investigação consistiu no estudo das variáveis psicológicas – Esperança, Criatividade, Sentido de Vida e Depressão – e na sua possível relação com a adaptação das pessoas vítimas de AVC, indicada pela Autonomia Funcional e pela Satisfação com a Vida dos doentes. Em ligação com este grande objetivo, o presente estudo possuiu os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a amostra constituída por pessoas que sofreram AVC do ponto de vista sócio-demográfico, clínico e psicológico (Esperança, Criatividade, Sentido de Vida e Depressão);
- Identificar possíveis diferenças nas variáveis psicológicas tendo em conta algumas variáveis clínicas
- Conhecer a adaptação dos doentes através da caracterização da Autonomia Funcional e a Satisfação com a Vida destes e analisar a relação entre estas variáveis
- Analisar a relação entre as variáveis positivas – Esperança, Criatividade e Sentido de Vida – e a variável negativa – Depressão
- Analisar a relação entre a Autonomia Funcional/Satisfação com a Vida e as variáveis psicológicas em estudo

2.1.3. Hipóteses

Com base na revisão da literatura realizada enunciaram-se as seguintes hipóteses:

1. Os doentes que sofreram AVC com valores mais elevados nas escalas de Esperança, Criatividade e Sentido de Vida possuem menores níveis de Depressão.

2. Os doentes que sofreram AVC com valores mais elevados nas escalas de Esperança, Criatividade e Sentido de Vida possuem maior Autonomia Funcional e Satisfação com a Vida

2.2. Metodologia

A presente investigação inseriu-se no desenho de investigação observacional, analítico-transversal, uma vez que procurou explicar os resultados através do exame das relações entre variáveis num único momento (Pais Ribeiro, 1999).

2.2.1. Participantes

A amostra do estudo foi constituída por 30 utentes de ambos os sexos do serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital da Prelada – Dr. Domingos Braga da Cruz, que sofreram AVC. Esta é uma amostra não probabilística por conveniência (Dommermuth, 1975 *cit in* Pais Ribeiro, 1999), uma vez que as pessoas que a constituíram foram convidadas a participar no estudo sempre que o investigador considerou que reuniam as características desejadas.

Como critério de inclusão considerou-se doentes que sofreram AVC e que se encontravam internados ou em regime de ambulatório. Como critérios de exclusão determinou-se a negação da participação no estudo por parte dos doentes e a existência de incapacidades cognitivas que impossibilitassem o preenchimento dos questionários.

2.2.1.1. Caracterização sócio-demográfica da amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 30 sujeitos de ambos os sexos (22 homens, 73.3% da amostra, e oito mulheres, 26.7%). Os participantes apresentaram idades compreendidas entre os 31 e os 88 anos, sendo a média de idades de 61.90 anos ($DP = 14.33$).

A maioria dos participantes eram casados ou viviam em união de facto (83.3%), e possuem filhos (83.3%).

Verificou-se ainda que a maioria da amostra possuía o ensino primário completo, sendo que apenas 26.7% frequentou o ensino superior.

Para além disso, verificou-se que, por diferentes motivos, todos os participantes se encontram numa situação profissional de inatividade.

Quadro 1 – caracterização sócio-demográfica da amostra.

Variáveis sócio-demográficas		N	%
Sexo	Masculino	22	73.3
	Feminino	8	26.7
	Total	30	100.0
Estado Civil	Casado(a)/União de facto	25	83.3
	Solteiro(a)	3	10.0
	Separado(a)/Divorciado	1	3.3
	Viúvo(a)	1	3.3
	Total	30	100.0
Escolaridade	Sem escolaridade	1	3.3
	1º ano	1	3.3
	2º ano	1	3.3
	4º ano	7	23.3
	5º ano	3	10.0
	6º ano	1	3.3
	8º ano	1	3.3
	9º ano	3	10.0
	11º ano	2	6.7
	12º ano	2	6.7
	Ensino Superior	8	26.7
	Total	30	100.0
Situação profissional	Desempregado(a)	2	6,9
	De baixa/atestado médico	5	17,2
	Reformado(a)	14	48,3
	Invalidez	8	27,6
	Total	29	100,0
Filhos	Sim	25	83.3
	Não	5	16.7
	Total	30	100

2.2.1.2. Caracterização clínica da amostra

Apresenta-se aqui a caracterização descritiva das variáveis clínicas referentes aos participantes da presente investigação.

Quadro 2 – Caracterização clínica dos 30 participantes.

Variáveis clínicas		N	%	Valor Mínimo	Valor Máximo	M	DP
Tipo de AVC	Isquêmico	11	36.7				
	Hemorragico	9	30	-	-	-	-
	Não sabe	10	33.3				
Ocorrência de outros AVC's	Sim	4	13.3				
	Não	26	86.7	-	-	-	-
Lado corporal afetado	Esquerdo	15	50				
	Direito	11	36.7	-	-	-	-
	Nenhum	2	6.7				
	Ambos	2	6.7				
Dominância do lado afetado	Sim	14	50				
	Não	14	50	-	-	-	-
Outros problemas de saúde	Sim	12	40				
	Não	18	60	-	-	-	-
Mudanças ocorridas após o AVC	Sim	30	100				
	Não	0	0	-	-	-	-
Tempo de diagnóstico (em anos)	-	-	-	0	13	4.64	4.69
Hospitalização	Sim	28	93.3				
	Não	2	6.7	-	-	-	-
Tempo de hospitalização (em meses)	-	-	-	0	48	3.98	9.24

No que diz respeito ao tipo de AVC sofrido, verificou-se que houve uma percentagem considerável de participantes que não soube responder a esta questão (33.3%). Das restantes respostas obtidas verificou-se que houve um maior número de ocorrências de AVC do tipo Isquêmico.

Constatou-se ainda que dos quatro participantes que tiveram mais do que um AVC, três deles sofreram dois AVC's (75%) e o outro participante sofreu apenas um (25%).

Verificou-se ainda que 15 participantes (50%) apontaram o lado esquerdo do corpo como sendo o mais afetado por esta doença, 11 (36.7%) apontaram o lado direito e 2 (6.7%) sentiram ambos os lados afetados. Os restantes 2 participantes (6.7%) não sentiram nenhum lado corporal afetado. Tendo em conta que apenas 28 participantes referiram ter

um lado do corpo afetado pelo AVC, verificou-se que para 14 deles (50%), o lado afetado era o lado dominante, e para os restantes 14 (50%), o lado mais afetado não era dominante.

Relativamente aos problemas de saúde da amostra desta investigação, verificou-se que apenas 12 elementos (40%) referiram a sua existência. Os problemas referidos foram: doenças cardíacas (33.3%), Diabetes Mellitus (16.7%), doenças respiratórias (8.3%), doenças neurológicas (8.3%), cancro (8.3%), hipertensão arterial (8.3%), hipocoagulação (8.3%), e problemas na coluna vertebral (8.3%). Para além disso, constatou-se que uma das pessoas que referiu doença respiratória referiu ter simultaneamente hipertensão arterial, colesterol, má circulação sanguínea e ácido úrico elevado. Outro dos participantes que possuía doença cardíaca também referiu patologia vascular e outra, também com doença cardíaca, acrescentou doença gástrica e hipocoagulação.

Todos os participantes referiram que o AVC acarretou mudanças importantes na sua vida. As alterações referidas foram: alterações no emprego/reforma antecipada (31%), dificuldades de mobilidade física (20.7%), dependência de terceiros (10.3%), sequelas físicas decorrentes da doença (10.3%), alterações no estilo de vida (10.3%), alterações na memória (3.4%), dificuldades económicas (3.4%), alterações na família (3.4%), alteração na valorização/interesse pelo Mundo (3.4%), e agravamento de problemas de saúde já existentes (3.4%). De salientar que cinco das pessoas que referiram “alterações no emprego/reforma antecipada” também referiram outras mudanças (três delas acrescentaram as “sequelas físicas decorrentes da doença”, sendo que uma referiu ainda “alteração na valorização/interesse pelo mundo”), uma acrescentou “dificuldade/incapacidade em cumprir tarefas domésticas” e a outra acrescentou “alterações psicológicas e “alterações no estilo de vida”. Por fim, as “sequelas físicas decorrentes da doença” foram apontadas em conjunto com as “alterações na família” por um dos participantes. De mencionar que um dos elementos apesar de referir que ocorreram mudanças importantes na sua vida com o AVC, não especificou quais. Para além disso, outro dos participantes indicou mudanças positivas, nomeadamente ao nível do estilo de vida (e.g, mais tempo de descanso), contrariando os restantes elementos que apenas indicaram mudanças negativas.

Relativamente ao tempo de diagnóstico da doença, houve um participante que não respondeu a esta questão. Dos participantes que responderam verificou-se que as respostas variaram entre zero anos (ou seja de alguns meses) a treze anos, sendo a média 4.64 anos. Mais detalhadamente, constatou-se que nove participantes tiveram o primeiro AVC há dez ou mais anos (31%), cinco entre um e dois anos (17.2%), quatro entre três e quatro anos (13.8%), quatro entre um e dois meses (13.8%), três entre seis e oito anos (10.3%), dois

entre três e quatro meses (6.9%), e os restantes dois (6.9%) entre seis meses e um ano.

Como consequência do AVC, 28 elementos (93.3%) foram hospitalizados, tendo um dos participantes não definido o tempo de hospitalização a que esteve sujeito. A média do tempo de hospitalização foi de 3.98 meses. Adicionalmente verificou-se que destes elementos, cinco ainda não receberam alta hospitalar desde que tiveram o AVC e os restantes ainda se encontram em tratamento no hospital em regime de ambulatório.

2.2.2. Instrumentos

Para a recolha de dados foram aplicados questionários confidenciais de autopreenchimento a doentes que sofreram AVC, que visavam a recolha de dados sócio-demográficos e clínicos acerca dos participantes e a avaliação das variáveis em estudo. Assim, foram administrados os seguintes instrumentos: a) questionário sócio-demográfico e clínico (cf. Anexo 1); b) Índice de Barthel (cf. Anexo 2); c) Escala de Satisfação com a Vida (cf. Anexo 3); d) Escala sobre Esperança (cf. Anexo 4); e) Escala de autoatualização - Vida Criativa (cf. Anexo 5); f) Escala de autoatualização – Sentido de Vida (cf. Anexo 6) e g) Inventário Depressivo de Beck (cf. Anexo 7). Segue-se uma descrição destes instrumentos utilizados no presente estudo empírico.

a) Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

O questionário sócio-demográfico e clínico utilizado foi elaborado especificamente para esta investigação, tendo como objetivo caracterizar a população em estudo. Neste sentido, este instrumento visou recolher dados sócio-demográficos do doente (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão e situação profissional, número de filhos e agregado familiar), bem como algumas informações relativas à situação clínica do doente (tipo de AVC, ocorrência de outros AVC's, lado do corpo afetado, outros problemas de saúde, mudanças ocorridas após o AVC, tempo de diagnóstico da patologia, necessidade e tempo de hospitalização).

b) Índice de Barthel

O Índice de Barthel foi elaborado originalmente por Mahoney e Barthel em 1965, tendo sido a sua validação e adaptação para a população portuguesa realizada por Araújo e colaboradores com uma amostra de idosos não institucionalizados (Araújo, Pais Ribeiro,

Oliveira & Pinto, 2007). Neste procedimento de validação e adaptação obteve-se uma consistência interna elevada (α de Cronbach = 0.96), o que sugere uma boa fidelidade do instrumento. Esta escala é amplamente utilizado na avaliação e prática clínica com populações idosas e/ou com indivíduos que sofreram AVC (Brandão & Pais Ribeiro, 2008; Santos, 2004).

O objetivo do Índice de Barthel é avaliar o nível de autonomia/dependência funcional do indivíduo em dez atividades básicas de vida diária, tais como: alimentação, banho, vestir/despir, higiene pessoal, uso da casa de banho, defecação, micção, deambulação, mudança de cadeira/cama e subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965 *cit in* Araújo et al., 2007; Leite, 2006).

A cada item pode ser atribuída uma pontuação de 10, 5 ou 0 valores, existindo algumas especificidades na cotação como a seguir se descreve. As dimensões relativas à alimentação, vestir, casa de banho e escadas podem ser classificadas como “independentes”, “ajuda” e “dependentes”, sendo cada uma destas opções cotadas com 10, 5 ou 0 valores, respetivamente. As dimensões relativas ao banho e higiene pessoal apresentam como alternativas de resposta “dependente” (0 valores) e “independente” (5 valores). Para as dimensões defecação e micção existem 3 possíveis respostas: “continente” (10 valores), “incontinente ocasional” (5 valores) ou “incontinente” (0 valores). Por último, a dimensão mudança cadeira/cama pode ser classificada como “independente”, “ajuda mínima”, grande ajuda” e “independente” e a dimensão deambulação como “independente”, “independente em cadeira de roda”, “ajuda” e dependente”, sendo atribuída a cada opção de resposta em ambas as dimensões, os valores, 15, 10, 5 e 0, por esta mesma ordem.

A pontuação final da escala resulta da soma dos valores obtidos em cada dimensão, podendo variar entre 0 e 100 (Leite, 2006). Assim, de acordo com o valor total obtido, pode-se estabelecer diferentes graus de autonomia/dependência: Grau I (Independentes – 100 valores), Grau II (Pouco Dependentes – entre 50 a 100 valores) e Grau III (Muito Dependentes – entre 0 e 50 valores).

De referir que este instrumento também é de fácil aplicação na prática clínica, permitindo identificar as áreas onde se localizam as maiores incapacidades do doentes que sofreram AVC.

c) Escala de Satisfação com a Vida

Em 1985, Diener e colaboradores desenvolveram a Escala de Satisfação com a Vida

(SWLS – Satisfaction With Life Scale) com o objetivo de medir a Satisfação com a Vida na população americana enquanto processo cognitivo. Posteriormente, em 1993, Neto procedeu à tradução e adaptação desta escala à população portuguesa recorrendo a uma amostra de adolescentes provenientes de escolas públicas do Porto, Portugal, tendo obtido como média 24.1 ($DP = 5.9$), que é comparável aos valores achados por Diener et al. (1985 *cit in* Neto, 1993) com estudantes americanos ($M = 23.5$) e pessoas idosas ($M = 25.8$). Segundo estes autores a SWLS pode ser aplicada a diferentes faixas etárias, devendo-se, contudo, ter em atenção que os resultados obtidos pelos autores eram restritos à população que compreendia jovens adultos e idosos (Neto, 1993).

A SWLS é uma escala de autorresposta constituída por 5 itens apresentados em forma de escala de Likert, com sete alternativas de resposta: 1 = fortemente em desacordo; 2 = desacordo; 3 = levemente em desacordo; 4 = nem de acordo nem em desacordo; 5 = levemente de acordo; 6 = acordo e 7 = fortemente de acordo. A pontuação final obtida pelo indivíduo resulta da soma da cotação de cada um dos itens, podendo o resultado final variar entre 5 e 35. Quanto mais elevado for a pontuação obtida maior será o nível de Satisfação com a Vida.

No que diz respeito às propriedades psicométricas, o autor verificou que a consistência interna da versão portuguesa da Escala de Satisfação com a Vida, avaliada através do coeficiente *alfa de Cronbach*, foi de 0.78 (Neto, 1993). A análise fatorial em componentes principais realizada pelo mesmo autor pôs em evidência um só fator com um valor próprio superior a 1, explicando 53.3% da variância. Desta forma, esta escala apresentou características psicométricas razoáveis.

d) Escala sobre Esperança

A escala sobre a Esperança utilizada no presente estudo foi elaborada por Barros (2003) a partir da revisão bibliográfica efetuada sobre este tema, tendo como objetivo avaliar o nível de esperança dos indivíduos. Esta escala é constituída por 6 itens a responder em formato Likert com cinco modalidades de resposta (1 = totalmente em desacordo; 2 = bastante em desacordo; 3 = mais ou menos (nem concordo nem discordo); 4 = bastante de acordo e 5 = totalmente de acordo), podendo as pessoas apresentar um máximo de esperança de 30 e um mínimo de 6.

Relativamente às suas propriedades psicométricas, o autor verificou que a mesma manifesta uma boa estrutura fatorial, apresentado um único *eigenvalue* superior a 1, concretamente 3, que explica por si só 49.2% da variância total. Assim, estamos perante

uma escala unifactorial com boa fidelidade e consistência interna, uma vez que, através do coeficiente *alfa de Cronbach*, apresentou um índice de 0.81. Na matriz componencial todos os itens apresentam saturações elevadas (item 1 – 0.80; item 2 – 0.76; item 3 – 0.68; item 4 – 0.73; item 5 – 0.68 e item 6 – 0.54).

Em suma, estamos perante uma nova escala sobre a esperança com suficientes propriedades psicométricas.

e) Escala de autoatualização

Em 1992, Guerra desenvolveu a uma Escala de Auto-Atualização, que se baseava num instrumento de medida da autoatualização criada por Shostrom (1965), o “P.O.I Personal Orientation Inventory”, mas que diferia deste quanto ao conteúdo e às subescalas propostas.

Esta nova escala proposta pela autora supracitada, abrange, assim, quatro dimensões na sua caracterização: Sentido de Vida, Vida Criativa, Orientação Interior e Dimensão Existencial.

A sua versão final é composta por 33 itens, sendo oito dedicados ao Sentido de Vida, sete à Vida Criativa, dez à Orientação Interior e sete à Dimensão Existencial. Quanto mais alto for o *score* obtido, mais elevada será autoatualização.

De referir que, apesar de todas as questões da escala de autoatualização pretendem ser acessíveis a vários níveis de escolaridade, a sua aplicação só é indicada a indivíduos com mais de 18 anos (Guerra, 1992).

Subescala Vida Criativa

A escala relativa à variável Vida Criativa utilizada para o presente estudo foi retirada da versão final da escala de autoatualização proposta por Guerra (1992). O seu principal objetivo é avaliar os níveis de Criatividade dos indivíduos, apresentado como principais vantagens ser breve e de fácil correção.

A escala da Criatividade proposta pela autora possui sete itens a responder em formato Likert, com 5 modalidades de resposta de acordo com o nível de concordância (1 = concordo muito; 2 = concordo; 3 = não tenho a certeza; 4 = discordo e 5 = discordo muito). Desta forma, a pontuação total obtida nesta escala poderá variar entre 7 e 35. Ainda em relação à cotação dos itens, esta deverá ser convertida para os itens que estão formulados de forma positiva (itens 2, 6 e 7) em que o valor 1 (concordo muito) corresponderá a 5, o 2 (concordo) corresponderá a 4, etc. Este procedimento não se verifica

com os itens de formulação negativa representativos do insucesso na Vida Criativa (itens 1, 3, 4 e 5). Neste sentido, o valor 1 corresponderá a 1, o 2 corresponderá a 2, e assim sucessivamente (Guerra, 1992).

De referir que o *Alpha de Cronbach* obtido para a presente escala ($\alpha = 0.70$) indica que estamos perante uma escala com valores aceitáveis do grau de fiabilidade (Guerra, 1992).

Subescala Sentido de Vida

Para a avaliação do Sentido de Vida dos sujeitos foi também utilizada a subescala da escala de autoatualização elaborada por Guerra (1992) relativa a esta dimensão.

Esta escala é composta por oito itens apresentando em forma de escala de Likert, com 5 alternativas de resposta: 1 = concordo muito; 2 = concordo; 3 = não tenho a certeza; 4 = discordo e 5 = discordo muito. Neste sentido, a pontuação total obtida nesta escala poderá oscilar entre 8 e 40. À semelhança da escala relativa à Vida Criativa, também nesta se verifica concordância nos itens de formulação negativa representativos do insucesso nesta dimensão da autoatualização (itens 2, 5, 6 e 7) em que o valor 1 corresponde a 1, o valor 2 ao 2, e o valor 3 ao 3, etc. Quanto aos itens formulados de forma positiva representativos do Sentido de Vida (1, 3, 4, e 8) também se deverá proceder à conversão da cotação.

O valor do *Alpha de Cronbach* obtido para a presente escala ($\alpha = 0.76$) novamente indica que se está perante valores aceitáveis do grau de fiabilidade desta escala (Guerra, 1992).

g) Inventário Depressivo de Beck – B.D.I

O *Inventário Depressivo de Beck* (B.D.I – *Beck Depression Inventory*) é uma escala depressiva de autoavaliação, cujo principal objetivo é avaliar a severidade da depressão (Anastasi & Urbina, 2000). Esta escala visa avaliar a forma como o doente se vê e sente e não segundo os sintomas que manifesta ou como o médico o observa. O presente inventário foi desenvolvido originalmente por Beck e colaboradores em 1961, possuindo validade e fidedignidade (Beck, 1969 *cit in* Vaz Serra & Abreu, 1973a). Este é um instrumento de administração fácil, permitindo uma forma uniforme de resposta, e um instrumento de análise sensível ao quadro depressivo. Por estes motivos, torna-se um inventário muito utilizado na investigação e prática clínica. Na sua elaboração, o autor supracitado tinha como objetivo valorizar o quadro clínico depressivo nas suas

componentes afetivas, motivacionais, cognitivas e físicas (Vaz Serra & Abreu, 1973a).

O B.D.I é composto por 21 grupos de sintomas estabelecidos de acordo com os comportamentos típicos deste quadro clínico: A) Estado de ânimo triste (Humor); B) Pessimismo; C) Sentimento de Fracasso; D) Insatisfação; E) Sentimento de Culpabilidade; F) Sentimento ou desejo de autopunição; G) Ódio a si mesmo; H) Autoacusação; I) Desejos Suicidas; J) Crises de choro; K) Irritabilidade; L) Afastamento social; M) Incapacidade de decisão; N) Distorção da Imagem corporal; O) Incapacidade de trabalhar; P) Perturbações do sono (acordar precoce); Q) Fatigabilidade; R) Perda de apetite; S) Perda de peso; T) Hipocondria e U) Diminuição da libido (Vaz Serra & Abreu, 1973a). Cada um destes grupos sintomatológicos é constituído por um conjunto de perguntas (quatro a seis) organizadas por ordem crescente de gravidade. A tarefa do sujeito é escolher aquela que considera mais próxima do seu estado atual. Assim, os sintomas podem ser classificados como *inexistentes*, *leves*, *moderados* e *graves*, sendo-lhes atribuídos os valores zero, um, dois e três, respetivamente. Quando existem mais de quatro perguntas, as questões excedentes são designadas, segundo Vaz Serra e Abreu, como alternantes, sendo-lhes atribuído o mesmo valor da questão quatro. A pontuação final obtida pelo indivíduo resulta da soma dos resultados de cada grupo de sintomas. (Vaz Serra & Abreu, 1973a).

O B.D.I não é influenciado pela inteligência (Beck, 1969 *cit in* Vaz Serra & Abreu, 1973a) nem pela raça dos indivíduos portadores de depressão (Beck, 1969 *cit in* Vaz Serra & Abreu, 1973a). Para além disso, não existem diferenças estatisticamente significativas entre depressão endógena, psicógena e de involução, avaliadas pelo B.D.I (Delay, Pichot, Lamperrière & Mirouze, 1963 *cit in* Vaz Serra & Abreu, 1973a).

A tradução portuguesa deste inventário surgiu no trabalho realizado por Vaz Serra (1972 *cit in* Vaz Serra & Abreu, 1973a), onde o autor aplicou o B.D.I à população depressiva da Clínica Psiquiátrica dos H. U. C. Estes autores sugeriram o valor 12 como ponto de corte, acima do qual se estabelece a diferença entre a população normal e deprimida. Segundo Gameiro, Carona, Pereira, Canavarro, Simões, Rijo, Quartilho, Paredes e Vaz Serra (2008) este instrumento, para além da pontuação global, também permite determinar o nível de gravidade da sintomatologia depressiva (0 a 9 - não deprimido; 10 a 20 - estados depressivos leves; 21 a 30 - depressão moderada; e mais de 30 - depressão grave).

Vaz Serra (1972) concluiu que existe uma correlação estatisticamente significativa entre o critério clínico da gravidade de um quadro depressivo e a pontuação obtida pela

escala ($r = 0.5967$, $p < 0.001$) e que o B.D.I possui poder discriminativo entre doentes normais e doentes deprimidos, uma vez que encontrou-se um valor de F muito elevado ($F = 373.92$) considerado altamente significativo ($p < 0.005$). Para além disso, constatou que todos os grupos sintomáticos concorrem para medir os níveis de depressão (Vaz Serra & Abreu, 1973a).

Em suma, com o estudo de tradução desta escala por Vaz Serra, conclui-se que esta é capaz de avaliar o quadro depressivo na população portuguesa.

2.2.3. Procedimento

2.2.3.1. Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados decorreu junto dos utentes internados ou em regime ambulatorio do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital da Prelada.

O primeiro contacto com os utentes foi estabelecido com a apresentação da investigadora pela psicóloga do hospital ou pelos fisioterapeutas que os acompanhavam, e teve como objetivo apresentar o projeto de investigação e solicitar a colaboração voluntária dos utentes. Foi garantido a todos eles o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos. Ao aceitarem participar na investigação, os utentes assinaram uma declaração de consentimento informado consoante a declaração de Helsínquia e as normas do hospital (cf. Anexo 8). Esta folha foi apresentada separadamente dos restantes questionários, de modo a assegurar o anonimato dos participantes.

Os questionários de autorrespostas foram preenchidos nos quartos dos doentes quando estes estavam sozinhos.

Quando esta condição não era assegurada, os questionários eram administrados numa sala mais apropriada (isolada dos restantes doentes e técnicos). Tendo em conta que alguns dos utentes tinham alguns problemas de visão ou motricidade (muitas vezes como consequência do AVC), foi realizada uma leitura em voz alta dos itens de cada instrumento e assinalou-se as respostas dadas pelos utentes.

2.2.3.2. Procedimentos estatísticos

O tratamento estatístico dos dados recolhidos foi realizado com o recurso ao programa estatístico "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS), versão 17.0.

Em primeiro lugar, obtiveram-se, a partir da estatística descritiva, os dados relativos

à caracterização da amostra do ponto de vista sócio-demográfico e clínico, salientando-se o cálculo das frequências absolutas e relativas e de medidas de tendência central e de dispersão. De seguida, realizaram-se os procedimentos estatísticos para responder aos objetivos deste estudo e avaliar as hipóteses do mesmo, recorrendo-se ao coeficiente de correlação de Pearson, testes de diferenças (t de *Student* na comparação de médias entre amostras independentes e ANOVA na comparação de médias entre três ou mais grupos). A este respeito, importa ressaltar o pressuposto aplicado para que se utilizasse estatística paramétrica sem recurso a testes que aferissem a proximidade da distribuição das variáveis à curva normal. Segundo Kazmier (1984) qualquer variável quantitativa com 30 ou mais elementos é considerada apta para estatística paramétrica, uma vez que se postula que a partir desta quantidade a sua distribuição tende assintoticamente para uma curva normal. Importa referir que aquando da realização de estudos comparativos (Teste T e ANOVA) foi ressaltado o pressuposto de normalidade da distribuição assegurado pelo teste de Shapiro-Wilks, com um nível de significância superior a 0.05.

2.3. Resultados

O ponto que se segue visa a apresentação dos resultados decorrentes do estudo realizado.

Em primeiro lugar serão apresentados os resultados de uma análise descritiva dos dados recolhidos, seguindo-se uma análise das relações entre os diferentes aspetos avaliados. A apresentação dos resultados encontra-se organizada no sentido de responder aos objetivos da investigação.

2.3.1. Caracterização das variáveis psicológicas

O ponto que se segue visa apresentar a análise descritiva das principais variáveis psicológicas deste estudo - Esperança, Criatividade, Sentido de Vida e Depressão (cf. Quadro 3).

Quadro 3 – Mínimos Máximos, Médias (*M*) e Desvios Padrão (*DP*) das principais variáveis psicológicas do estudo.

Variáveis Psicológicas	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
Esperança	10	30	22.60	4.72
Criatividade	11	32	23.33	4.66
Sentido de vida	18	39	28.57	5.03
Depressão	1	54	12.53	10.94

Em relação à variável Esperança e tendo em conta que os *scores* mínimo e máximo da escala da esperança são 0 e 30, e olhando ao valor médio obtido 22.60, foi possível concluir que os participantes possuem em média índices relativamente elevados desta virtude.

Relativamente às variáveis Criatividade e Sentido de Vida, relembramos que os valores mínimo e máximo são respetivamente 7-35 e 8-40.

Em relação à Depressão e tendo em conta que o ponto de corte, que estabelece a divisão entre a população normal e deprimida, é 12 (Vaz Serra & Abreu, 1973a), verificou-se que o valor médio obtido se encontra muito próximo desse ponto ($M = 12.53$).

Tendo em conta que o B.D.I permite determinar diferentes níveis de gravidade da sintomatologia depressiva, realizou-se de seguida o estudo descritivo destes, complementando a informação fornecida no Quadro 3 relativamente a esta variável.

Quadro 4 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) da distribuição dos diferentes níveis de Depressão.

Níveis de Depressão	N	%
Não Deprimido	16	53.3
Estados Depressivos Leves	8	26.7
Depressão Moderada	5	16.7
Depressão Grave	1	3.3

Constatou-se que a amostra é principalmente constituída por pessoas não deprimidas (53.3%), sendo os casos de depressão na maioria leves, e apresentando 20% dos participantes depressão moderada ou grave.

2.3.2. Análise das diferenças nas variáveis psicológicas tendo em conta algumas variáveis clínicas

Realizaram-se testes de diferenças de médias para identificar possíveis diferenças nas variáveis psicológicas – Esperança, Sentido de Vida, Criatividade, e Depressão e Satisfação com a Vida tendo em conta algumas variáveis clínicas – dominância do lado corporal afetado, hospitalização no momento da recolha dos dados, outros problemas de saúde, ocorrência de outros AVC's e tempo de diagnóstico.

Pelos resultados obtidos nestas análises estatísticas, verificou-se que existem diferenças significativas ao nível da Criatividade entre os participantes que tiveram apenas um AVC e os que sofreram mais do que um, $t(28) = 2.112, p < 0.05$, tal como está descrito no Quadro 5.

Quadro 5 – Número de participantes por grupo (n), Médias (M), Desvios Padrão (DP), Diferença de médias e Valor t (GL=28) e sua significância para as diferenças nos níveis de Criatividade relativamente à variável “Ocorrência de outros AVC's”.

Ocorrência de outros AVC's	n	M	DP	t (p)
Não	26	24	4.60	2.112 (p=.044)*
Sim	4	19	2.16	

* $p < 0.05$

Nota. GL= graus de liberdade

Neste sentido, verificou-se que os participantes que apenas tiveram um AVC apresentam valores mais elevados de Criatividade.

Verificou-se também a existência de diferenças estatisticamente significativas nos níveis de Criatividade relativamente à variável clínica - Estar ou não hospitalizado, $t(24) = -2.391, p < 0.05$, possuindo os participantes ainda hospitalizados menos Criatividade ($M = 17.33$; $DP = 6.51$) comparativamente aos que já não estavam internados ($M = 23.91$; $DP = 4.25$) (cf. Quadro 6).

Quadro 6 – Número de participantes por grupo (n), Médias (M), Desvios Padrão (DP), Diferença de médias e Valor t (GL=24) e sua significância, para as diferenças nos níveis de Criatividade relativamente à variável “Hospitalização no momento de recolha de dados”.

Hospitalização	n	M	DP	t (p)
Não	23	23.91	4.25	-2.391 (p=.025)*
Sim	3	17.33	6.51	

*p<0.05

Nota. GL= graus de liberdade

2.3.3. Adaptação ao AVC avaliada pela Autonomia Funcional e Satisfação com a Vida e relação entre estas variáveis

Os Quadros 7 e 8 apresentam a caracterização das principais variáveis que respeitam à adaptação dos doentes ao AVC: a Autonomia Funcional, medida pelo índice de Barthel, e a Satisfação com a Vida.

Quadro 7 – Mínimos, Máximos, Médias (M) e Desvios Padrão (DP) da Autonomia Funcional e da Satisfação com a Vida.

Medida	Mínimo	Máximo	M	DP
Índice de Barthel	0	100	79.33	25.82
Escala de Satisfação com a Vida	5	35	21.83	8.20

Os valores mínimo e máximo obtidos em cada uma dessas variáveis coincidem com os valores mínimo e máximo das respetivas escalas (respetivamente 0-100 e 5-35).

Como se pode constatar, em média os participantes possuem pouca dependência nas atividades da vida diária ($M = 79.33$; $DP = 25.82$) pois quanto mais próximo de 100 for o resultado menor a dependência funcional; e possuem um nível de Satisfação de Vida próximo do que foi encontrado por Neto (1993), 24.1 ($DP = 5.9$).

Procedeu-se ainda à distribuição dos participantes pelas 3 categorias relativas ao grau de autonomia/dependência propostos por Leite (2006) (cf. Quadro 8).

Quadro 8 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) da distribuição dos níveis do Índice de Barthel encontrados na amostra

Níveis do índice de Barthel		N	%
Muito Dependente	(0-50)	4	13.3
Pouco Dependente	(50-100)	17	56.7
Independente	(100)	9	30.0

De acordo com o Quadro 8, comprovou-se que existe uma maior percentagem de pessoas com pouca dependência nas atividades básicas de vida diária.

Seguidamente, pretendeu-se analisar a relação entre estas duas variáveis, tendo-se verificado pelos resultados do coeficiente de correlação de Pearson, que a variável Autonomia Funcional não se correlaciona de forma estatisticamente significativa com a variável Satisfação com a Vida., tal como se pode observar pelo Quadro 9.

Quadro 9 – Valor do coeficiente de correlação de Pearson para as variáveis Autonomia Funcional e Satisfação com a Vida

Correlação de Pearson	Satisfação com a Vida
Autonomia Funcional	.242 (p = .197)

2.3.4. Relação entre Esperança, Criatividade, Sentido de Vida e Depressão

Analisaram-se as correlações entre as principais variáveis psicológicas do presente estudo (cf. Quadro 10).

Quadro 10 – Valores do coeficiente de correlação de Pearson entre as variáveis Esperança, Criatividade, Sentido de Vida e Depressão

Correlação de Pearson	Esperança	Criatividade	Sentido de Vida
Criatividade	.143 (p=.452)	-	-
Sentido de Vida	.347 (p=.060)	.148 (p=.437)	-
Depressão	.052 (p=.786)	-.263 (p=.160)	-.507**

**p<0.01

Como se verificou pelo Quadro 10, existiu uma correlação significativa entre a variável Depressão e a variável Sentido de Vida ($r = -.507$, 30 , $p < 0.01$, correlação alta negativa), concluindo-se, assim, que quanto maior é o valor de Sentido de Vida, menor é a gravidade do estado depressivo dos sujeitos.

Relativamente às restantes variáveis não se verificaram valores de correlação significativos.

Adicionalmente pretendeu-se verificar de que forma a variável Sentido de Vida se distribuía pelos diversos níveis de Depressão. Uma vez que a distribuição dos participantes por níveis de Depressão não ascendia aos 30, pressuposto utilizado no início, foram realizados testes de Shapiro-Wilks para verificar o pressuposto de aproximação das variáveis à curva normal, facto que foi cumprido para um nível de significância $p > 0.05$.

O pressuposto da homogeneidade de variâncias também foi cumprido ($F_{(26,2)} = 0.242$, $p > 0.05$). Acrescenta-se o facto de, para este teste, se ter retirado o único participante com depressão grave, já que tornaria inviável a análise em questão.

Os resultados relativos à ANOVA encontram-se sumariados no Quadro 11.

Quadro 11 – Número de participantes por grupo (n), Médias (M), Desvios Padrão (DP), Intervalos de Confiança para a média (95%) e valor F (GL=26,2) para as diferenças entre níveis de Depressão na escala de Sentido de Vida

	N	M	DP	Intervalo de confiança para a média (95%)		F
				Limite inferior	Limite Superior	
Não Deprimido	16	30.88	4.21	28.63	33.12	8.066** ($p = .002$)
Estados Depressivos Leves	8	28.25	3.81	25.06	31.43	
Depressão Moderada	5	22.40	4.39	16.95	27.85	

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

Nota. GL= graus de liberdade

De acordo com o Quadro 11, foram encontradas diferenças significativas entre os níveis de Depressão no que toca à pontuação na Escala de Sentido de Vida ($F_{(26,2)} = 8.066$, $p < 0.01$). Uma vez que o sentido destas diferenças não se explicita através da análise ANOVA foram realizados testes de comparações múltiplas com recurso ao método Bonferroni (cf. proposta de Tabachnick & Fidel, 1996), que permitiram identificar as

seguintes diferenças significativas entre as comparações: não deprimido ($M = 30.88$, $DP = 4.21$) e depressão moderada, ($M = 22.40$, $DP = 4.39$) $p < 0.001$ e depressão leve ($M = 28.25$, $DP = 3.81$). Ou seja, constatou-se que o nível de Sentido de Vida diferia significativamente, sobretudo, nos níveis “Não Deprimido” e “Depressão Moderada”, verificando-se que os valores mais baixos na escala de Sentido de Vida surgem nos quadros depressivos moderados.

2.3.5. Relação entre a Autonomia Funcional/Satisfação com a Vida e as variáveis psicológicas

Realizaram-se algumas correlações, em primeiro lugar entre a variável Autonomia Funcional e as variáveis psicológicas Esperança, Sentido de Vida, Criatividade e Depressão depois entre a Satisfação com a Vida e as mesmas variáveis (cf. Quadro 12).

Quadro 12 – Valores do coeficiente de correlação de Pearson entre a variável Autonomia Funcional/Satisfação com a Vida e as variáveis psicológicas

Variáveis	Autonomia Funcional	Satisfação com a Vida
Esperança	.213 (p=.259)	.483** (p=.007)
Sentido de Vida	.188 (p=.321)	.328 (p=.076)
Criatividade	-.163 (p=.390)	-.166 (p=.380)
Depressão	-.220 (p=.242)	-.014 (p=.942)

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

Verificou-se que no que diz respeito às variáveis psicológicas apenas foi encontrada correlação significativa entre os níveis de Esperança e os de Satisfação com a Vida ($r = 0.483$, $p < 0.01$), estando um maior nível de Esperança associado a uma maior Satisfação com a Vida.

De referir que não foram encontradas relações significativas entre a Autonomia Funcional e as variáveis psicológicas consideradas.

2.4. Discussão dos resultados

Tendo em consideração os resultados apresentados anteriormente, proceder-se-á neste ponto à sua discussão tendo em conta os conhecimentos atuais e os referenciais teóricos mais relevantes, bem como à sua comparação com outras investigações semelhantes. O objetivo fundamental será analisar os resultados obtidos que poderão dar um contributo para um maior conhecimento acerca da adaptação dos doentes com AVC.

Caracterização sócio-demográfica, clínica e psicológica da amostra

No que diz respeito às variáveis sócio-demográficas, verificou-se que os resultados obtidos relativos à variável sexo, vão de encontro aos resultados obtidos noutras investigações (Projeto “Médicos Sentinela”, 1994 *cit in* Direção-Geral da Saúde, 2001; Appelros, Stegmayr, Terént, 2010), uma vez que a amostra incluiu principalmente doentes do sexo masculino.

Relativamente à idade média dos participantes do presente estudo (61.90 anos) verificou-se que este resultado também está de acordo com o que foi avançado por alguns estudos, que sugerem que é pouco frequente ocorrer um AVC antes dos 55 anos (Thorvaldsen et al. 1995 *cit in* Direção-Geral da Saúde, 2001). Em 2008, num estudo com doentes que sofreram AVC em tratamento no mesmo hospital onde foram recolhidos os dados para a presente investigação, a média de idades encontradas foi um pouco superior: 64.53 anos (Moreira, 2008). Esta precocidade agora encontrada poderá estar relacionada com os fatores de risco, como o sedentarismo, doenças cardiovasculares, obesidade, tabagismo, stress, maus hábitos alimentares e falta de campanhas preventivas e educacionais. Ainda em relação ao mesmo estudo (Moreira, 2008) e à semelhança da presente investigação também se verificou que embora alguns participantes tivessem mais do que um AVC, a grande maioria sofreu apenas um.

Relativamente à variável escolaridade, verificou-se que a maior parte da amostra (73.3 %) não frequentou o ensino superior. Este resultado, pode sugerir uma relação entre o nível educacional e os estilos de vida, uma vez que, tal como alguns autores referem, possivelmente, pessoas menos instruídas não valorizam tanto as medidas preventivas, procuram menos os cuidados de saúde, não aderem muito ao plano de tratamento e apresentam mais comportamentos de risco para a ocorrência do AVC (Pincus, Callahant, & Burkhauser, 1987 *cit in* Santana, Fulujiima, & Oliveira, 1996; Santos, 2004).

Verificou-se ainda que uma grande parte da amostra (48.3%) se encontra numa situação de inatividade profissional, o que efetivamente estará relacionado com a idade já avançada da maioria dos participantes, mas também, com as sequelas do AVC que levam à alteração da condição de trabalhador para reformado ou com baixa médica (Falcão, Carvalho, Barreto, Lessa, & Leite, 2004).

Relativamente às variáveis clínicas, constatou-se que, à semelhança de outros estudos, houve uma maior ocorrência de AVC do tipo Isquémico (Hu et al., 1989 *cit in* Santos, 2004). De referir que a maior prevalência deste tipo de AVC pode estar relacionada com o facto de haver uma maior taxa de mortalidade associada aos acidentes hemorrágicos (Gonçalves, 2000 *cit in* Santos, 2004). Ainda em relação a esta variável, importa referir que uma parte da amostra (33.3%) não soube responder a esta questão por falta de informação médica.

Para além disso, tal como Ferro e colaboradores (1986 *cit in* Moreira, 2008) sugeriram, a grande maioria dos participantes (93.3%) foram hospitalizados.

Relativamente ao lado corporal afetado, os resultados deste estudo foram congruentes com os da investigação de Santos (2004), sendo o lado esquerdo do corpo afetado com mais frequência.

No que diz respeito às mudanças provocadas pelo AVC, os participantes apontaram como mais significativas as dificuldades de mobilidade (20.7%) e as sequelas físicas decorrentes da doença (10.3%). Mas, as principais alterações apontadas dizem respeito às alterações relacionados com o emprego/reforma antecipada (31%), que os doentes referiram que estavam muito associadas à crise financeira que o país atravessa, e à pequena reforma que referiram ter. De facto, esta questão pareceu justificar muitas das suas respostas aos vários questionários administrados.

De referir ainda que apenas um dos participantes referiu mudanças positivas decorrentes da patologia, tais como mais tempo de descanso e de lazer e aproximação da família, uma consequência positiva já enumerada no estudo de Marques, Rodrigues e Kusumota (2006) com idosos que tinham sofrido AVC.

Relativamente às variáveis psicológicas consideradas neste estudo, e começando pela variável Esperança, pode-se concluir que os participantes possuem em média índices relativamente elevados desta virtude ($M = 22.60$; $DP = 4.72$). É de mencionar um estudo de Gomes (2010) com a mesma escala, onde se constatou que a média de esperança em situação de hospitalização do sexo feminino era 22.83 ($DP = 2.66$) e do sexo masculino 22.29 ($DP = 2.24$), valores próximos aos encontrados na presente investigação.

Relativamente às variáveis Criatividade e Sentido de Vida, importa referir que não foram encontrados dados que permitissem comparar os valores médios obtidos em cada uma destas dimensões com outras investigações. Exepta-se a investigação de Silva (2010) que nos apresenta numa amostra de 200 doentes de ambos os sexos com cancro colorectal, uma média para os valores do Sentido de Vida superiores ($M = 31.19$; $DP = 4.45$) aos observados nesta investigação. Considerando a média de idade da investigação de Silva (2010) 57 anos ($DP = 8.16$) semelhante ao presente estudo poderemos levantar a hipótese que a situação de AVC parece ser mais gravosa que a situação oncológica limitando mais a exibição do Sentido de Vida. Contudo, tendo em conta os *scores* máximos que é possível obter em cada uma destas dimensões, pode-se adiantar que os participantes possuem em média níveis positivos de Criatividade.

Relativamente à variável Depressão, verificou-se que mais de metade dos participantes (53.3%) não apresentavam sintomatologia depressiva, sendo os casos existentes de depressão na maioria leves (26.7%), apresentando 20% dos participantes depressão moderada ou grave. Tendo em conta que esta alteração de humor é frequente após o episódio de AVC, tendo Robinson et al. (2008) sugerido que esta reação surgia em mais da metade destes doentes de AVC, os baixos resultados aqui obtidos podem estar relacionados com o facto de a amostra ser constituída sobretudo por participantes do sexo masculino (uma vez que a depressão é mais frequente no sexo feminino), com o intervalo de tempo ocorrido entre a ocorrência do AVC e a recolha dos dados para esta investigação (em anos $M = 4.64$; $DP = 4.69$) (uma vez que grande parte dos doentes com depressão podem recuperar espontaneamente nos primeiros meses após o AVC (Andersen, 1997)), e com a eventualidade de alguns participantes estarem medicados para este efeito, uma vez que não se controlou esta influência.

Através da análise de diferenças nas variáveis psicológicas tendo em conta algumas variáveis clínicas, constatou-se que existem diferenças significativas na variável Criatividade tendo em conta a ocorrência ou não de outros AVC's, ou seja, os participantes com mais do que um AVC sofrido, apresentam menor Criatividade do que aqueles que só sofreram um. A este respeito é de referir que não se encontraram dados científicos que pudessem justificar estes resultados. Contudo, considerando os resultados do estudo de Townend, Tinson, Kwan e Sharpe (2006), tal resultado pode estar relacionado com a crença fatalista que muitos doentes têm de que “não há nada que possa parar” o AVC, talvez reforçada pela repetição do episódio. Este facto parece, desta forma, criar no indivíduo a percepção de falta de controle, que pode constituir um motivo para que o

indivíduo se desmotive e desinvista na sua capacidade de combinar os seus recursos para lidar e adaptar-se à suas “nova realidade” imposta pela doença, apresentando, assim, menor Criatividade. Mais uma vez se chama a atenção para o facto de existirem escassos estudos acerca da relação entre esta variável e desta doença.

Verificou-se também que os níveis de Criatividade diferem no grupo de doentes hospitalizados ou não, sendo mais baixos nos doentes hospitalizados. De referir que também não foram encontrados dados científicos que justificassem estes resultados. No entanto, considerou-se que estes podem estar relacionados com as consequências nefastas da hospitalização, tais como: modificação do contexto físico habitual e dos hábitos quotidianos; diminuição dos contactos sociais e familiares; cessação da atividade profissional; alguma perda de autonomia, de liberdade e privacidade; estar confinado a uma cama; afastamento dos seus objetos pessoais; e alguma dificuldade em assumir-se como um indivíduo com uma identidade e características pessoais (Carvalho Teixeira, 1993).

A adaptação ao AVC

À semelhança do estudo de Moreira (2008), a maioria os participantes deste estudo possuem pouca dependência nas atividades da vida diária (56.7%). Estes resultados poderão estar relacionados com o tempo decorrido entre o diagnóstico da doença e o momento da recolha dos dados, uma vez que a Autonomia Funcional tende a aumentar com o passar do tempo (Kwakkel, Kollen e Twisk, 2006). Para além disso, podem mostrar que a reabilitação funcional foi possível que para isso poderá ter contribuído o acompanhamento multidisciplinar que os doentes recebiam no hospital em causa.

Relativamente à Variável Satisfação com a Vida, importa referir que existem poucas investigações que associem esta variável ao AVC. Neste sentido analisamos os resultados obtidos tendo como referência os resultados obtidos Neto (1993), 24.1 ($DP = 5.9$), concluindo-se que os participantes desta investigação avaliaram de forma mais negativa a sua Satisfação com a Vida ($M = 21.83$). Tal resultado está de acordo com outros estudos que demonstraram que as pessoas que sofreram esta patologia apresentam menor Satisfação com a Vida (e.g. Astrom et al., 1992 *cit in* Moreira, 2008).

Ao utilizarmos duas medidas de adaptação ao AVC, uma mais voltada para uma avaliação física - Autonomia Funcional - e outra para uma avaliação psicológica - Satisfação com a Vida – pensou-se inicialmente que estas duas medidas poderiam estar correlacionadas de forma positiva, ou seja uma maior Autonomia Funcional estaria

associada a uma maior Satisfação com a Vida (Hartman-Maeir et al., 2007). Mas, tal não se verificou, porque estas variáveis medem dimensões diferentes de adaptação ao AVC. Este resultado foi analisado por Hartman-Maeir e colegas (2007) que concluíram que o Nível de Satisfação com a Vida está mais fortemente relacionado com o nível de participação em atividades significativas para os indivíduos do que com o nível de independência nas atividades da vida diária.

A Esperança, Criatividade, Sentido de Vida e Depressão

Ao analisar a relação das quatro variáveis principais deste estudo – Esperança, Sentido de Vida, Criatividade e Depressão - verificou-se que apenas esta última se relaciona com o Sentido de Vida, no sentido previsto ou seja, os participantes com maior Sentido de Vida apresentam níveis de Depressão mais baixos.

Tendo em conta a hipótese do presente estudo, segundo a qual elevados níveis de Esperança, Sentido de Vida e Criatividades estão associados a baixos níveis de Depressão, não foi possível validá-la completamente, uma vez que apenas a variável Sentido de Vida se relacionou negativamente com a Depressão.

Olesovsky (2003) no seu estudo também obteve uma relação significativa entre o sentido da vida e a depressão que não se alterava significativamente com o aumento da idade.

À semelhança do que se verificou neste estudo, também Kleftras, Psarra e Kalantzi-Azizi (2007) demonstraram que os valores mais baixos de Sentido de Vida estão associados a estados depressivos mais graves.

Por outro lado e considerando o estudo de Gum, Snyder & Duncan (2006) esperava-se que pessoas vítimas de AVC com pouca Esperança apresentassem mais sintomatologia depressiva, o que não aconteceu.

Neste contexto importa referir o estudo de Feldman e Snyder (2005), que sugere que a Esperança é parte integrante do Sentido de Vida. Os autores mostraram no seu estudo, que tanto o Sentido de Vida como a Esperança contribuem para a diminuição do estado depressivo (também avaliado pelo BSI), mas que ao controlar-se a variável Sentido de Vida, a relação entre a Esperança e a Depressão é atenuada. Com isto sugerem que no caso dos indivíduos que apresentam níveis mais elevados de Sentido de Vida, a relação entre a Esperança e a Depressão torna-se menos forte, não existindo, contudo, uma explicação teórica para este resultado. Esta interferência da variável Sentido de Vida com a Esperança (que no nosso estudo apresentaram um valor do coeficiente de correlação de Pearson

$r = .347$ e $p = .060$) poderá ser uma possível justificação para o resultado obtido.

Relativamente à variável Criatividade também existem estudos que mostram que a depressão explica pouco a variância na criatividade (Silvia & Kimbrel, 2010), tal como aconteceu neste nosso estudo.

Relação entre a Autonomia Funcional/Satisfação com a Vida e as variáveis psicológicas do estudo

Na presente investigação verificou-se que um maior nível de Esperança se associa a uma maior Satisfação com a Vida. Tendo em conta a escassez de estudos sobre a Satisfação com a Vida no AVC, e considerando que esta variável diz respeito à avaliação global que o sujeito faz da qualidade da sua vida segundo critérios por si escolhidos (Shin & Johnson, 1978 *cit in* Neto, 1993), torna-se útil considerar os estudos que abordam a Qualidade de Vida no AVC. Neste sentido, torna-se relevante fazer referência ao estudo de Bluvol e Ford-Gilboe (2004), que demonstrou que os sobreviventes do AVC e os seus cônjuges que possuíam alto nível de Esperança também consideravam ter uma elevada qualidade de vida, apesar das incapacidades resultantes da doença, ou seja, que indivíduos com elevada Esperança tendem a colocar um valor mais positivo na qualidade de vida. Estes dados corroboram com os resultados desta investigação.

Tendo em conta que não se obteve correlação da Criatividade e do Sentido de Vida com a Satisfação com a Vida e que por outro lado também não se encontraram correlações entre a Autonomia Funcional e as variáveis em causa, não foi possível validar completamente a hipótese de investigação de que os doentes que sofreram AVC e que apresentam valores mais elevados nas escalas de Esperança, Criatividade, Sentido de Vida possuem maior Satisfação com a Vida e maior Autonomia Funcional.

Relativamente a essas ausências de relação estatisticamente significativas, importa referir que não há consenso na literatura quanto a essas relações (Moreira, 2008; Önes, Yalçinkaya, Toklu & Çaglar, 2009).

Conclusão

Dada a complexidade da patologia em causa neste estudo - o Acidente Vascular Cerebral - e a multiplicidade de variáveis a ele associadas, importa referir que ao longo desta investigação, houve muitos aspetos que acabaram por não ser salientados. Por este motivo, este ponto não tem pretensões de apresentar uma conclusão definitiva e exaustiva acerca do tema, mas sim um conjunto de reflexões finais acerca dos principais resultados encontrados ao longo do estudo, que espera-se que possam contribuir para um maior conhecimento acerca desta problemática. Para além disso, este é o espaço próprio para se enunciar as principais limitações do estudo, bem como propor algumas sugestões para futuras investigações.

O presente estudo procurou compreender o processo de adaptação dos doentes ao aparecimento e consequências do AVC, relacionando-o com variáveis clínicas e psicológicas.

Os participantes deste estudo apresentam valores elevados de Esperança, valores de Criatividade e Sentido de Vida em média positivos e na sua maioria não se encontram deprimidos.

Verificaram-se relações entre a variável Esperança e a Satisfação de Vida, a variável Depressão e o Sentido de Vida, a Criatividade e a Ocorrência de outros AVC's e a Criatividade e a hospitalização, podendo-se concluir que:

- a Esperança tem especial repercussão na Satisfação com a Vida destes doentes
- elevados níveis de Sentido de Vida estão associados a menores índices de Depressão
- os doentes com mais do que AVC apresentam valores mais baixos de Criatividade do que os que só tiveram um AVC
- os doentes que estão hospitalizados apresentam valores mais baixos de Criatividade do que os que já receberam alta hospitalar.

Considerando os resultados obtidos pode-se concluir que foram poucas as relações significativas encontradas. Tal pode estar relacionado com o tamanho da amostra. Neste sentido, teria sido relevante que a amostra considerada fosse mais numerosa, mas tal não foi possível pela dificuldade em encontrar indivíduos que estivessem dispostos a participar e que não possuíssem limitações cognitivas que impedissem a sua participação.

A este respeito, importa ressaltar que, tendo em conta as possíveis sequelas do AVC e a idade avançada da maioria dos participantes, os questionários só foram administrados

após a consulta do processo médico para se assegurar que não possuíam incapacidades cognitivas que pudessem enviesar os resultados. Importa também referir que o preenchimento destes questionários pode ter condicionado um pouco os resultados, uma vez que muitos deles tiveram que ser preenchidos pelo investigador, já que os doentes não conseguiam fazê-lo sozinhos devido a algumas incapacidades físicas. Neste sentido, pensou-se que esta condição poderá ter levado a respostas enviesadas pela desejabilidade social.

No que diz respeito aos instrumentos utilizados, pensou-se que seria importante, em investigações futuras utilizar-se outro instrumento de avaliação da sintomatologia depressiva como por exemplo a HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), uma vez que, ao contrário do B.D.I, esta previne a interferência de distúrbios somáticos no diagnóstico da depressão, ao excluir todos os sintomas de ansiedade e depressão que pudessem estar relacionados com doenças físicas.

Em conclusão, e dada a escassez de estudos acerca da relação entre variáveis psicossociais e a adaptação ao AVC, pensa-se que este estudo possa dar a sua contribuição no levantamento de pistas sobre como intervir para potenciar a adaptação ao AVC, ao salientar o papel da variável Esperança nesse processo de adaptação.

Seria pertinente, em estudos futuros analisar a influência de outras variáveis neste processo, como por exemplo a Orientação Interior e a Dimensão Existencial, as restantes dimensões que caracterizam as pessoas autoatualizadas (Guerra, 1992), contribuindo-se, assim, para um maior conhecimento desta patologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Åberg, A. C., Sidenvall, B., Hepworth, M., O'Reilly, K., & Lithell, H. (2005). On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age – a qualitative study of patient's perceptions. *Quality of Life Research*, 14, 1111-1125.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica* (7ª ed.). Porto Alegre: Médicas.
- Andersen, G. (1997). Post-Stroke depression and pathological crying: Clinical aspects and new pharmacological approaches. *Aphasiology*, 11(7), 651-664.
- Appelros P, Stegmayr B, Terént, A. (2010). A review on sex differences in stroke treatment and outcome. *Acta Neurologica Scandinavica*, 121, 359–369.
- Araújo F., Pais Ribeiro J. L., Oliveira A., & Pinto C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de Idosos Não Institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59 – 66.
- Araújo, I. M., Paúl, C., & Martins, M. M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – Um desafio. *Revista Referência – II*, 7, 43-53.
- Bagg, S., Pombo, A. P. & Hopman, W. (2002). Effect of age on functional outcomes after stroke rehabilitation. *Stroke*, 33, 179-185.
- Barros, J. (2003). A esperança: teoria e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, 7 (1), 83-106.
- Barros, J. (2004). *Psicologia positiva: amor, felicidade, alegria, otimismo, esperança, perdão, sabedoria, beleza, sentido de vida*. Porto: Edições ASA.
- Bluvol, A., & Frod-Gilboe, M. (2004). Hope, health work and quality of life in families of survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (4), 322 – 332.
- Brandão, D. A., & Pais Ribeiro, J. (2008). Estudo Exploratório das Propriedades Psicométricas do Índice de Barthel e do Frenchay Activities Index Numa Amostra de Jovens com Paralisia Cerebral. In: A. P. Noronta, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Org.). XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos (pp.1551-1566). Braga: Edições Psiquilíbrios.
- Broe, G. A., Jorm, A. F., Creasey, H., Grayson, D., Edelbrock, D., Waite, L. M.,

- Bennett, H., Cullen, J. S., & Casey, B. (1998). Impact of chronic systemic and neurological disorders and disability, depression and life satisfaction. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 667-673.
- Caldas, A. C. (1986). Entidades Clínico-patológicas. In J. L. Antunes, & J. M. Ferro (Eds.), *Acidentes Vasculares Cerebrais: diagnóstico e tratamento* (pp. 20-34). Lisboa: Laboratórios UCB.
- Carvalho, H. M. S. A. (2007). *Educar para o regresso a casa: estudo desenvolvido na perspetiva dos utentes com AVC e seus cuidadores*. Unpublished master's thesis, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Carvalho Teixeira, J. A. (1993). *Psicologia da Saúde e Sida*. Lisboa: ISPA.
- Chen, R. K., & Crewe, N. M. (2009). Life satisfaction among people with progressive disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 75 (2), 50-58.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 1.
- Direção-Geral da Saúde (2001). *Direção de Serviços de Planeamento Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Jim, H. S., Purnell, J. Q., Richardson, Golden-Kreutz, D., & Andersen, B. L. (2006). Measuring meaning in life following cancer. *Quality of Life Research*, 15, 1355–1371.
- Falcão, I. V., Carvalho, E. M. F., Barreto, K. M. L., Lessa, F. J. D., & Leite, V. M. M. 2004. Acidente vascular cerebral: precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde.
- Feldman, D. B., & Snyder, C.R. (2005). Hope and The Meaningful Life: Theoretical and Empirical Associations Between Goal-directed Thinking and Life Meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (3), 401-421.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Froh, J. J. (2004). The History of Positive Psychology: Truth Be Told. *NSY Psychologist*, 18-20.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Paredes, T., & Vaz Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9 (1), 103-112.

- Gomes, C. A. P. F. (2010). Esperança e a adesão terapêutica em adultos hospitalizados e não hospitalizados: estudo exploratório. Unpublished master's thesis, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Guerra, M. P. (1992). Conceito de Autoatualização, elaboração de uma escala e avaliação das suas qualidades psicométricas. *Psychologica*, 7, 95-109.
- Guerra, M. P. (1998). *Sida: implicações psicológicas*. Lisboa: Fim de Século.
- Gum, A., Snyder, C. R., & Duncan, P. W. (2006). Hopeful thinking, participation, and depressive symptoms three months after stroke. *Psychology and Health*, 21(3), 319-334.
- Habib, M. (2000). *Bases neurológicas dos Comportamentos*. Lisboa: Climepsi.
- Hartman-Maeir, A., Soroker, N., King, H. Avni, N. & Katz, N. (2007). Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disability and Rehabilitation*, 29 (7), 559-566.
- Kazmier, L. (1984). *Basic statistics for business and economics*. New York: McGraw-Hill.
- Kim, S. J., & Kang, K. A. (2003). Meaning of life for adolescents with a physical disability in Korea. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (2), 145-157.
- Kleftaras, G., Psarra, E., & Kalantzi-Azizi, A. (2007). Meaning in life: A comparative study among individuals with low, moderate and high depressive symptomatology. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 14(3), 311-325.
- Kortte, K. B., Gilbert, M., Gorman, P., & Wegener, S. T. (2010). Positive psychological variables in the prediction of life satisfaction after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 55 (1), 40-47.
- Kraus, T., Rodrigues, M., & Dixe, M. A. (2009). Sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano. *Revista Referência – II*, 10, 77-88.
- Kvigne, K., Kirkevold, M., & Gjengedal, E. (2004). Fighting back – struggling to continue life and preserve the self following a stroke. *Health Care for Women International*, 25, 370-387.
- Kwakkel, G., Kollen B., & Twisk, J. (2006). Impact of time on improvement of outcome after stroke. *Stroke*, 37 (9), 2348-2353.
- Leite, M. M. S. (2006). *Impacto da demência de Alzheimer no cônjuge: prestador de cuidados*. Unpublished doctoral dissertation, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

- Livneh, H., Lott, S. M., & Antonak, R. F. (2004). Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a cluster analytic approach. *Psychology, Health & Medicine*, 9 (4), 411-430.
- Marques, S., Rodrigues, R. A. P., & Kusomota, L. (2006). O isoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. *Ver Latino-am Enfermagem*, 14(3).
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de vida e bem-estar*. Coimbra: Formasau.
- Maslow, A. H. (1990). *La personalidad creadora* (R. M. Rourich, Trad.). Barcelona: Editorial Kairós.
- Melo, V. (2009). *Influência do otimismo, da esperança e do bem-estar subjetivo no medo do cancro da mama em estudantes universitários*. Unpublished master's thesis, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Miller, B. L. (2008). Creativity in the context of neurologic illness. *Primary Psychiatry*, 15 (2), 7-9.
- Moreira, C. M. S. (2008). *Acidente vascular cerebral: influência de variáveis psicossociais do cuidador informal na qualidade e satisfação com a vida do doente*. Unpublished master's thesis, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Nagayoshi, M., Iwata, N., & Hachisuka, K. (2008). Factors associated with life satisfaction in japanese stroke outpatients. *Disability and Rehabilitation*, 30 (3), 222-230.
- Neto, F. (1993). The satisfaction with life scale: psychometrics properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22 (2), 125-134.
- Nogueira, S. I., & Baía, S. (2006). A avaliação da criatividade ou a necessária Criatividade na avaliação. *Revista lusófona de ciências da mente e do comportamento*, 45-88.
- Olesovsky, P. (2003). *Meaning in life, and depression: A comparative study of the relation between them across the life span*. San Diego: Alliant International University, California School of Professional Psychology.
- Oliveira, S. F. (2008). *Estudo da relação entre a alexitimia, depressão e ansiedade na obesidade*. Unpublished master's thesis, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Önes, K., Yalçinkaya, E. Y., Toklu, B. Ç., & Çaglar, N. (2009). Effects of age, gender, and cognitive, functional and motor status on functional outcomes of stroke rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, 25, 241-249.

- Organização Mundial de Saúde (2003). *Promovendo qualidade de vida após AVC*. Artmed editores, Porto Alegre.
- Padilha, J. (2001). *Enfermagem em Neurologia*. Coimbra: Formação e Saúde, Lda.
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pais Ribeiro, J. P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual: a step by guide to data analysis using SPSS for windows: version 10*. Buckingham: Open University Press.
- Park, C. L., Malone, M. R., Suresh, D. P., Bliss, D., & Rosen, R. I. (2008). Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Qual Life Res*, 17, 21-26.
- Pedro, L. M. R. (2007). *Implicações do otimismo, esperança, autonomia e participação na qualidade de vida em pessoas com esclerose múltipla*. Unpublished doctoral dissertation, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Pedro, L. & Pais Ribeiro, J. L. (2008). Análise psicométrica da escala de impacto na autonomia e participação, em pessoas com esclerose múltipla. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (2), 271-281.
- Popovich, J. M., Fox, P. G., & Bandagi, R. (2007). Coping with Stroke: Psychological and Social Dimensions in U.S. Patients. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 12 (3), 1474-1487.
- Proot, I. M., Abu-Saad, H. H., GJ van Oorsouw, G., & Stevens, J. J. (2002). Autonomy in stroke rehabilitation: the perceptions of care providers in nursing homes. *Nursing Ethics*, 9 (1), 36-50.
- Robinson, R. G., Jorge, R. E., Moser, D. J., Acion, L., Solodkin, A., Small, S. L., Fonzetti, P., Hegel, M., & Arndt, S. (2008). Escitalopram and problem solving therapy for prevention of poststroke depression: A randomized trial. *JAMA*, 299 (20), 2391-2400.
- Rochette, A., Bravo, G., Desrosiers, J., St-Cyr Tribble, D., & Bourget, A. (2007). Adaptation process, participation and depression over six months in first-stroke individuals and spouses. *Clinical Rehabilitation*, 21, 554-562.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa* (7ª ed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Sakamoto, C. K. (2000). Criatividade: uma revisão integradora. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2 (1), 50-58.
- Santana, B. A. S., Fukujima, M. M., & Oliveira, R. M. C. (1996). Características sócio-

- económicas de pacientes com acidente vascular cerebral. *Arq Neuropsiquiatr*, 54(3), 428-432.
- Santos, A. T. V. M. F. (2004). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem estar dos doentes e familiares cuidadores*. Unpublished doctoral dissertation, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Seligman, M. E .P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Silva, M. F. C. F. (2007). *Estudo das variáveis psicológicas (esperança, qualidade de vida e dinâmica familiar) no processo de adaptação parental à doença oncológica infantil*. Unpublished master's thesis, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Silva, E. D. R. (2011). *Variáveis preditivas da qualidade de vida de sobreviventes de cancro colo-retal*. Unpublished doctoral dissertation, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Silvia, P. J., & Kimbrel, N. A. (2010). A dimensional analysis of creativity and mental illness: do anxiety and depression symptoms predict cognition, Creative accomplishments, and Creative self.concepts? *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 4(1), 2-10.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of na individual-differences measure of hope. *Journal of Personality ans Social Psychology*, 60, 570-585.
- Schwartz, J. C. (2009). Psychological adaptation to illness: a personal odyssey and suggestions for physicians. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 22 (3), 242-245.
- Tabachnick, B. G. & Fidel, L. S. (1996) *Using multivariate statistics*. Harper Collins: New York.
- Turner-Stokes, L., & Hassan, N. (2002). Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1: Diagnosis, frequency and impact. *Clinical Rehabilitation*, 16, 231-247.
- Van de Weg, F. B., Kuik, D. J., & Lankhorst, G. J. (1999). Post- stroke depression and functional outcome: a cohort study investigating the influence of depression on functional recovery from stroke. *Clinical Rehabilitation*, 13, 268–272.
- Vaz Serra, A., & Abreu, J.L.P.C. (1973a). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I.

Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20 (6), 623-644.

Vázquez, C., & Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Wisnant, J. P., Bastord, J. R., Bernstein, E. F., Cooper, E. S., Dyken, M. L., Eastom, J. D., et al. (1991) Classification of Cerebrovascular Diseases III – Special report from the National Institute of neurological Disorders and Stroke. *Stroke*, 21, 638-676.

Zautra, A., Hall, J., & Murray, K. (2008). Resilience: A new integrative approach to health and mental health research. *Health Psychology Review*, 2 (1), 41-64.

ANEXOS

ANEXO 1
Questionário Sócio Demográfico

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

O questionário que se segue tem como objetivo caracterizar a população que se pretende estudar. Coloque, por favor, uma cruz (X) no quadrado que estiver mais de acordo com a sua situação ou responda de forma breve às restantes questões. As suas respostas serão totalmente anónimas e confidenciais e não serão utilizadas posteriormente por outra entidade.

Obrigada pela sua colaboração!

Idade: _____ anos

Sexo:

Feminino ☐

Masculino ☐

Estado Civil:

Solteiro a) ☐

Separado/Divorciado ☐

Casado(a)/União de facto ☐

Viúvo (a) ☐

Qual a sua profissão (que exerce ou exerceu)? _____

Qual a sua situação profissional actualmente?

Activo(a)/a trabalhar ☐

De baixa/atestado médico ☐

Desempregado(a) ☐

Reformado(a) ☐

Invalidez ☐

Quantos anos completos de escolaridade tem? _____

Tem filhos? Não ☐ Sim ☐ Quantos? _____

Com quem vive?

Sozinho(a) ☐

Amigo(a) ☐

Marido/esposa ☐

Outro familiar ☐

Num lar ☐

Outra situação _____

Há quanto tempo foi diagnosticada a doença? _____

O AVC provocou mudanças importantes na sua vida?

Não ☐ Sim ☐ Quais? _____

Teve de ser hospitalizado devido ao AVC?

Não ☐ Sim ☐ Durante quanto tempo? _____

Já teve outros AVC's?

Não ☐ Sim ☐ Quantos? _____

Que tipo de AVC teve?

Isquémico ☐ Hemorrágico ☐

Qual foi o lado afectado pelo AVC?

Direito ☐ Esquerdo ☐ Ambos ☐

O lado afectado é o dominante? Sim ☐ Não ☐

Tem outros problemas de saúde?

Não ☐ Sim ☐ Quais? _____

ANEXO 2

Índice de Barthel

(Mahoney & Barthel, 1965; adaptação por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira & Pinto,
2007)

Índice de Barthel

Para cada uma das afirmações, selecione, com uma cruz, a opções que está mais de acordo com a sua situação:

ALIMENTAÇÃO

<input type="checkbox"/>	Independente – Capaz de usar qualquer instrumento.
<input type="checkbox"/>	Ajuda – Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.
<input type="checkbox"/>	Dependente

BANHO

<input type="checkbox"/>	Independente – Capaz de usar qualquer instrumento.
<input type="checkbox"/>	Dependente

VESTIR

<input type="checkbox"/>	Independente – Veste-se, despe-se, aperta e roupa e aperta os sapatos.
<input type="checkbox"/>	Ajuda – Necessita de ajuda, mas, pelo menos metade das tarefas realiza-as num tempo razoável.
<input type="checkbox"/>	Dependente

HIGIENE PESSOAL

<input type="checkbox"/>	Independente – Lava a cara, mãos e dentes. Penteia-se e barbeia-se.
<input type="checkbox"/>	Dependente

DEFECAÇÃO

<input type="checkbox"/>	Continente – Não apresenta sinais de incontinência.
<input type="checkbox"/>	Incontinente Ocasional – Episódios ocasionais de incontinência.
<input type="checkbox"/>	Incontinente

MICÇÃO

	Continente – Não apresenta sinais de incontinência. Se necessita de fralda faz-lo sozinho.
	Incontinente Ocasional – Episódios ocasionais de incontinência. Necessita de ajuda no uso de sonda ou fralda.
	Incontinente

CASA DE BANHO

	Independente – Usa a retrete. Senta-se, levanta-se sozinho ou com barras. Limpa-se ou veste-se sozinho.
	Ajuda – Necessita de ajuda para manter o equilíbrio. Limpa-se, põe e tira a roupa.
	Dependente

MUDANÇA CADEIRA/CAMA

	Independente – Não necessita de ajuda. Se usa a cadeira de rodas faz-lo independentemente.
	Ajuda Mínima – Necessita de ajuda mínima ou supervisão.
	Grande Ajuda – É capaz de sentar-se, mas necessita de muita assistência para a mudança.
	Dependente

DEAMBULAÇÃO

	Independente – Caminha pelo menos 50 minutos independentemente de ou com ajuda de bengala, andarilho ou tripé.
	Independente em Cadeira de Rodas – Empurra a sua cadeira de rodas pelo menos 50 minutos.
	Ajuda – Pode caminhar pelo menos 50 minutos, mas com ajuda ou supervisão.
	Dependente

ESCADAS

	Independente – Sobe ou desce as escadas sem supervisão, mesmo que use instrumentos de apoio
	Ajuda – Necessita de ajuda física ou supervisão para subir ou descer escadas.
	Dependente

ANEXO 3

Escala da Satisfação com a Vida

(Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1986; tradução e adaptação por Neto, 1993)

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

A seguir estão cinco afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Utilizando a escala 1-7 em baixo, indique o seu grau de acordo com cada item colocando o número apropriado na linha que precede esse item. Por favor, seja sincero e honesto na sua resposta. A escala de 7 pontos é: 1 = fortemente em desacordo, 2 = desacordo, 3 = levemente em desacordo, 4 = nem de acordo nem em desacordo, 5 = levemente de acordo, 6 = acordo, 7 = fortemente de acordo.

1. Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais	1	2	3	4	5	6	7
2. As minhas condições de vida são excelentes	1	2	3	4	5	6	7
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida	1	2	3	4	5	6	7
4. Até agora consegui obter aquilo que era importante na vida	1	2	3	4	5	6	7
5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 4

Escala sobre a Esperança

(Barros, 2003)

ESCALA SOBRE A ESPERANÇA

Este questionário interroga sobre algumas atitudes da pessoa face ao futuro. Responda sinceramente a todas as perguntas, conforme aquilo que verdadeiramente sente e não como gostaria de ser. Todas as respostas são boas, desde que sinceras. O questionário é anónimo. Obrigado pela sua colaboração.

Faça um círculo em volta do número que melhor corresponde ao seu caso, conforme esta chave:

- 1 = totalmente em desacordo (absolutamente não)
- 2 = bastante em acordo (não)
- 3 = nem de acordo nem em desacordo (mais ou menos)
- 4 = bastante de acordo (sim)
- 5 = totalmente de acordo (absolutamente sim)

1. Considero-me uma pessoa cheia de esperança	1	2	3	4	5
2. Não desanimo facilmente frente às adversidades	1	2	3	4	5
3. Luto para atingir os meus objectivos	1	2	3	4	5
4. Sou optimista mesmo no meio das dificuldades	1	2	3	4	5
5. Sei que tenho competência para conseguir o que quero na vida	1	2	3	4	5
6. Penso que o futuro será melhor do que o passado	1	2	3	4	5

ANEXO 5

Escala de Auto-actualização – Vida Criativa

(Guerra, 1992)

ESCALA DE AUTO-ACTUALIZAÇÃO – VC

O questionário seguinte pretende saber a sua opinião sobre um certo número de questões. Não existem alternativas certas ou erradas. Responda com a maior sinceridade, assinalando a alternativa que mais se aplica.

	Concordo muito	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo muito
1. Na minha profissão (ocupação), gosto de repetir o mesmo tipo de tarefas às quais já estou habituado/a	1	2	3	4	5
2. Gosto de explorar outros itinerários para os caminhos que percorro habitualmente	1	2	3	4	5
3. Raramente descubro facetas novas no relacionamento com outras pessoas	1	2	3	4	5
4. Para evitar novas alternativas, opto pela repetição de tarefas	1	2	3	4	5
5. Raramente descubro uma solução eficaz para os meus problemas	1	2	3	4	5
6. Tenho atracção pelo desconhecido e por problemas ainda por resolver	1	2	3	4	5
7. Gosto de ordenar situações confusas	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua colaboração

ANEXO 6

Escala de Auto-actualização – Satisfação com a Vida

(Guerra, 1992)

ESCALA DE AUTO-ACTUALIZAÇÃO – SV

O questionário seguinte pretende saber a sua opinião sobre um certo número de questões. Não existem alternativas certas ou erradas. Responda com a maior sinceridade, assinalando a alternativa que mais se aplica.

	Concordo muito	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo muito
1. Tenho interesse pela vida e faço planos	1	2	3	4	5
2. A minha vida é vivida em vão	1	2	3	4	5
3. Apesar das contingências procuro seguir um plano coerente de vida interior	1	2	3	4	5
4. Desenvolvo as potencialidades que tenho	1	2	3	4	5
5. Sinto falta de uma missão na vida na qual me empenhe	1	2	3	4	5
6. É impossível viver a vida em termos daquilo que quero fazer	1	2	3	4	5
7. Sinto-me pouco realizado/a como pessoa	1	2	3	4	5
8. Vivo de acordo com o que gosto e com os meus valores	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua colaboração

ANEXO 7

Inventário Depressivo de Beck

(Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; tradução por Vaz Serra, 1972)

INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK (B.D.I)

Nome: _____

Idade: _____ Estado: _____ Sexo: _____ Profissão: _____

Instruções: Leia, por favor, todas as frases exposta seguidamenet e sublinhe, em cada grupo, aquela que descreve ou que constitui a descrição mais aproximada da maneira como se sente.

- A –
- a. Não me sinto triste.
 - b. Ando “neura” ou triste.
 - c. Sinto-me “neura” ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.
 - d. Estou tão triste e infeliz que esse estado se torna penoso para mim
 - e. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este.
- B –
- a. Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro.
 - b. Sinto-me com medo do futuro.
 - c. Sinto-me que não tenho nada a esperar do que surja no futuro.
 - d. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas.
 - e. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.
- C –
- a. Não tenho a sensação de ter fracassado.
 - b. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.
 - c. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.
 - d. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.
 - e. Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher).
- D –
- a. Não me sinto descontente com nada em especial.
 - b. Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo.

- c. Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente.
 - d. Nunca mais consigo obter satisfação seja no que for.
 - e. Sinto-me descontente com tudo.
- E –
- a. Não me sinto culpado de nada particular.
 - b. Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor.
 - c. Sinto-me bastante culpado.
 - d. Agora, sinto permanentemente que sou mau ou que não tenho qualquer valor.
 - e. Considero que sou muito mal e não valho absolutamente nada.
- F –
- a. Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo.
 - b. Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal.
 - c. Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado.
 - d. Sinto que mereço ser castigado.
 - e. Quero ser castigado.
- G –
- a. Não me sinto descontente comigo.
 - b. Estou desiludido comigo mesmo.
 - c. Não gosto de mim.
 - d. Estou bastante desgostoso comigo.
 - e. Odeio-me.
- H –
- a. Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.
 - b. Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros.
 - c. Culpo-me das minhas próprias faltas.
 - d. Acuso-me por tudo de mal que acontece.
- I –
- a. Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo.
 - b. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar.
 - c. Sinto que seria melhor morrer.
 - d. Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse.

- e. Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida.
- f. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.
- J –
 - a. Actualmente não choro mais do que o costume.
 - b. Choro agora mais do que costumava.
 - c. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de o fazer.
 - d. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade.
- K –
 - a. Não ando agora mais irritado do que de costume.
 - b. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
 - c. Sinto-me permanentemente irritado.
 - d. Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente.
- L –
 - a. Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.
 - b. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter.
 - c. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.
 - d. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada a seu respeito.
- M –
 - a. Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.
 - b. Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões.
 - c. Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas.
 - d. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.
- N –
 - a. Não acho que tenha pior aspecto do que de costume.
 - b. Estou aborrecido porque estou a parecer velho ou pouco atraente.
 - c. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente.
 - d. Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo.
- O –
 - a. Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.

- b. Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar.
- c. Não consigo trabalhar tão bem como costumava.
- d. Tenho de dispensar um esforço para fazer seja o que for.
- e. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.

- P –
- a. Consigo dormir tão bem como Dantas.
 - b. Acordo mais cansado de manhã do que era habitual.
 - c. Acordo cerca de 1 a 2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer.
 - d. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que 5 horas.

- Q –
- a. Não me sinto mais cansado do que é habitual.
 - b. Fico cansado com mais facilidade do que antigamente.
 - c. Fico cansado quando faço seja o que for.
 - d. Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja.

- R –
- a. O meu apetite é o mesmo de sempre.
 - b. O meu apetite não é tão bom como costumava ser.
 - c. Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente.
 - d. Perdi completamente todo o apetite que tinha.

- S –
- a. Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum.
 - b. Perdi mais de 2,5 quilos de peso.
 - c. Perdi mais de 5 quilos de peso.
 - d. Perdi mais de 7,5 quilos de peso.

- T –
- a. A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
 - b. Sinto-me preocupado com dores e sofrimentos, má disposição do estômago, prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis, no meu corpo.
 - c. Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo

que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa.

d. Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto.

- U –
- a. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.
 - b. Encontro-me menos interessado na vida sexual do que costumava estar.
 - c. Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual.
 - d. Perdi por completo o interesse que tinha pela vida sexual.

ANEXO 8

Declaração de Consentimento Informado

Consentimento Informado

A influência da Esperança, Sentido de Vida, Criatividade e Depressão na adaptação ao Acidente Vascular Cerebral

A presente investigação tem como objectivo estudar a influência de variáveis psicológicas como a Esperança, Criatividade, Sentido de Vida e Depressão no processo de adaptação das pessoas vítimas de AVC. Assim, se concordar em participar neste estudo, assine no espaço abaixo indicado, que posteriormente será destacado dos restantes documentos, uma vez que a identificação dos participantes será mantida confidencial.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Eu, abaixo assinado, (nome completo) _____

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar, bem como dos objectivos do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei também conhecimento de que, de acordo com as recomendações da

Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, aceito participar na investigação, colaborando no preenchimento dos questionários que me serão entregues.

Data ____/____/____

Assinatura

O investigador responsável:

Nome: Marisa Alexandrina Brito Moreira

Assinatura: _____